BERICHT

ÜBER 236 FÄLLE VON

DIPHTHERIE.

INAUGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND DER

HOHEN MEDICINISCHEN FACULTAET

DER

K. JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT WÜRZBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHUELFE

VORGELEGT VON

WILHELM RIENHOFF

APPROB. ARZT

AUS

DINKER (WESTFALEN).

WÜRZBURG.

BECKER'S UNIVERSITÄTS-BUCHDRUCKEREI.

1883.

Referent:

Herr Professor Dr. Geigel.

In einer Gruppe von 9 Dörfern, die im Regierungs-Bezirk Arnsberg in Westfalen in sumpfiger Gegend an oder zwischen zwei, von vielfachen Morästen und Teichen umgebenen kleinen Flüssen gelegen sind, brach gegen Ende des Jahres 1881 eine bis jetzt noch nicht vollständig erloschene, zum Theil recht schwere Diphtherie-Epidemie resp. Endemie aus. Soweit festgestellt werden konnte, hatte die letzte heftigere Epidemie vor etwa 12 Jahren in diesen Dörfern geherrscht.

Soweit als thunlich sind im Folgenden die vom 1. Januar 1882 bis Mitte October 1883 zur Kenntniss gekommenen Fälle, die dabei gemachten Beobachtungen und die daraus etwa zu ziehenden Schlüsse zusammengestellt worden.

Nr.	Namen	Alter in Jahren	Geschlecht	Eintritt d. Erkrg. resp. Behandlung	Art und Ort der Lokalaffektion	Behandlung	Dauer der Krankheit in Tagen	Ausgang	Complic. und Nachkrankh.	Berührung mit Diphther. Kranken	Incubationsdauer in Tagen
1	M. N. in Nd.	6	weibl.	1. I. 82	Katharrhal. Form. Tonsillen beiderseits belegt. Anschwellung der Submaxillardrüs. beiderseits. Temp. Höhe 38,2.	Priesnitz. Umschläge. Inhalat. heisser Dämpfe. Pilocarp.	2	Genes.	—	Indirekt.	?
2	Fr. R. in D.	5	männl.	1 I. 83	Croupöse Form. Belag d. ganzen Rachenringes. Anschwellung der Drüsen beiderseits. Foetor ex ore. T. H. 41.	Pr. Umschläge. Inhalat. Pilocarp. Ungt. ciner. Blutegel. Tart. stibiat.	9	Tod. (Suff.)	Diphther. laryng. Bronchopneum.	Direkt.	4—6
3	L. R. in M.	28	weibl.	2. I. 82	Croupöse Form. Tonsillen und Arcus beiderseits belegt. Drüsen geschwoll., schmerzlos. T. H. 39,0.	Pr. Umschläge. Pilocarp. Gurgel. m. Kal. chlor.	6	Genes.	—	Direkt.	?
4	S. W. in N.	21	weibl.	5. 1. 82	Katarrhalische Form. Beiders. Belag der Tonsillen. Drusenanschwellung beiders. empfindlich. T. H. 39,8.	Pr. Umschläge. Pilocarp. Gurg. m. Kal. chlor.	11	Genes.	—	?	?
5	H. B. in B.	6	männl	8. 1. 82	Katarrhal. Form. Beiderseitige punktförmige Tonsillenbelag. Beiders. Drüsenanschwellung. T. H. 40.	Pr. Umschläge. Pilocarp. Inhalat.	5	Genes.	—	?	?

6	H. L. in B.	7	männl.	10. I. 82	Croupöse Form. Beiders. Belag d. Racheneing. Uvula stark ödematös. Foetor ex ore. Drüsen beiders. angeschwollen T. H. 40,8.	Pr. Umschläge. Pilocarpin. Analept. Inhalation. Gurgel. m. Kal. chlor.	3	Tod (Collaps.)	—	Direkt.	2
7	M. L. in B.	8	weibl.	11. I. 82	Croupöse Form. Belag der Tonsillen, d. Arcus, Uvula, hinteren Pharynxwand. Drüsen beiders. geschwollen, schmerzhaft. T. H. 40, 6.	Pr. Umschläge. Pilocarp. Analept. Inhalat. Ungt. ciner.	11	Genes.	Laryngo-diphth.	Direkt.	2—3
8	Cl. K. in E.	10	weibl.	12. I. 82	Croupöse Form. Belag der Tonsillen beiderseits, des Arcus u. d. Uvula rechts. Anschwellung der Drüsen beiderseits. T. H. 40,7.	Pilocarp. Pr. Umschl. Excitant. Inhalat.	7	Genes.	—	Direkt.	5
9	Fr. V. in E.	37	männl.	13. I. 82	Croupöse Form. Belag auf Tonsillen u. Arcus beiderseits. Drüsenanschwellung. Oed. d. Uvula. T. H. 39,7.	Pilocarp. Pr. Umschläge. Gurg. m. Kal. chlor.	12	Genes.	—	Direkt.	8
10	K. G. in N.	45	männl.	13. I. 82	Croupöse Form. Beiderseitiger Belag, besonders rechts. Drüsenanschwellung beiders. schmerzhaft. T. H. 39,5.	Pilocarp. Abscess Incis. Inhalat. Gurgel. mit Kal. chlor.	11	Genes.	Tonsillar-abscess rechts.	?	?

Nr.	Namen	Alter in Jahren	Geschlecht	Eintritt d. Erkrg. resp. Behandlung	Art und Ort der Lokalaffektion	Behandlung	Dauer der Krankheit in Tagen	Ausgang	Complic. und Nachkrankh.	Berührung mit Diphther. Kranken	Incubationsdauer in Tagen
11	S. H. i. Ndd.	2	weibl.	14. I. 82	Katarrhal. Form. Punktförmiger Belag beiders. Leichte beiderseitige Drüsenanschwellung. T. H. 40,1.	Priesn. Umschläge. Pilocarp.	11	Genes.	—	?	?
12	Fr. H. i. W.	21	männl.	14. I. 82	Katarrhalische Form. Punktförmiger bis streifenförmiger Tonsillarbelag. Drüsen leicht angeschwollen beiderseits. T. H. 39,7.	Pilocarp. Absc. Incis. Pr. Umschläge. Gurg. m. Kal. chlor.	4	Genes.	Tonsillarabscess.	Direkt.	5—7
13	Fr. L. i. B.	5	männl.	15. I. 82	Croupöse Form. Beiders. Tonsill.- u. Uvulabelag. Drüsen beiders. angeschwollen. T. H. 40,3.	Pilocarp. Inhalat. Excitant. Pr. Umschläge.	6	Genes.	Lähmung des weich. Gaumens.	Direkt.	4—7
14	M. H. in Fr.	26	weibl.	17. I. 82	Croupöse Form. Beiderseit. Belag d. Tonsillen der linken und hinteren Partie der Uvula. Drüsenanschwellung beiders. empfindlich. T. H. 38,8.	Pilocarp. Pr. Umschläge. Gurg. mit Kal. chlor.	5	Genes.	—	?	?
15	L. D. i. Kl.	10	weibl.	19. I. 82	Croupöse Form. Beiders. dicker Belag. später des ganzen Rachenringes. Foetor ex ore. Drüsenanschwellung beiders. T. H. 39,9.	Pilocarp. Inhalat. Kal. acetr. Pr. Umschl.	9	Tod (Nephrit.)	Nephritis.	Indirekt	?

16	S. W. i. V.	20	weibl.	21. I. 82	Croupöse Form. Belag beiderseits, besonders rechts. Drüsenanschwellungbesonders rechts schmerzhaft. T. H. 35,7.	Pilocarp. Pr. Umschläge. Gurg. mit Kal. chlor.	8	Genes.	—	?	?
17	S. H. i. Kl.	4	weibl.	21. I. 82	Primäre Nasendiphtherie. Blutig-seröser Ausfluss. T. H. 41,7.	Ausspritzung mit $2^1/_2{}^0/_0$ Carbollösung. Excitant.	8	Tod (Collaps.)	—	Direkt.	2
18	Fr. H. i. Kl.	12	männl.	22. I. 82	Croupöse Form. Dicker Belag d. ganzen Rachenringes. Drüsen beiders. geschwollen. T. H. 41,3.	Pr. Umschläge. Pilocarp. Inhalation. Ausspritzung mit $2^1/_2{}^0/_0$ Carbollösung. Excitant.	14	Genes.	Diphtherinarium.	Direkt.	2—6
19	S. W. i. V.	16	weibl.	23. I. 82	Croupöse Form. Beiderseits Tonsillar- u. Arcusbelag. Punktförmiger Belag d. hint. Pharynxwand. Drüsen beiders. geschwollen. T. H. 39,3.	Pilocarp. Pr. Umschl. Inhalation. Gurg. m. Kal. chlor.	11	Genes.	?	Direkt.	2
20	H. H. i. B.	7	weibl.	24. I. 82	Croupöse Form. Belag beiderseits auf Tonsillen und Arcus. Drüsenanschwellung beiders. Foetor ex ore. T. H. 40,1.	Pilocarp. Gurg. mit Kal. chlor. Inhalation.	4	Genes.	?	Direkt.	5—7
21	G. Sch. i. Ndd.	7	männl.	24. I. 82	Katarrhalische Form. Punkt- und streifenförmiger Belag beiderseits. Drüsenanschwellung beiders. T. H. 39,9.	Pr. Umschl. Pr. Umschl. Pilocarp.	6	Genes.	?	?	?

Nr.	Namen	Alter in Jahren	Geschlecht	Eintritt d. Erkrg. resp. Behandlung	Art und Ort der Lokalaffektion	Behandlung	Dauer der Krankheit in Tagen	Ausgang	Complic. und Nachkrankh.	Berührung mit Diphther. Kranken	Incubationsdauer in Tagen
22	M. P. i. E.	13	weibl.	26. I. 82	Croupöse Form. Tonsillarbelag beiderseits. Spitze der Uvula belegt. Drüsenanschwellung beiders. T. H. 40,2.	Pilocarp. Inhalation. Pr. Umschläge.	9	Genes.	Schwerhörigkeit ohnenachweisbare Ursache.	Direkt.	1—7
23	M. H. i. R.	6	männl.	26. I. 82	Katarrhalische Form. Streifenförm. Belag der linken, punktförmiger d. rechten Tonsille. Drüsenanschwell. kaum bemerkbar. T. H. 38,2.	Pilocarp. Pr. Umschläge.	4	Genes.	—	?	?
24	K. St. i. Kl.	5	männl.	26. I. 82	Croupöse Form. Belag beiderseits und vorderer Uvulafläche. Drüsenanschwellung beiders. Secundäre Nasendiphth. T. H. 40,7.	Pilocarp. Kal. acet. Pr. Umschläge. Inhalation. Ausspritzen mit $2^1/_2{}^0/_0$ Carbollösung.	17	Genes.	Compl. Nasendiphther. Nachkr.: Nephritis.	Direkt.	5
25	S. Fr. i. Tr.	50	weibl.	27. I. 82	Croupöse Form. Belag der Tonsillen, des Arcus und halber Uvula. Drüsenanschwellung beiders. empfindlich. T. H. 38,3.	Pilocarp. Pr. Umschläge. Gurg. mit Kal. chlor.	8	Genes.	—	Direkt.	3—8
26	W. E. i. R.	18	männl.	27. I. 82	Croupöse Form. Mandel- u. vorderer Gaumensegelbelag u. d. Spitze d. Uvula. Drüsen beiders. angeschwollen. T. H. 40,1.	Pilocarp. Pr. Umschläge. Inhalat. Natr. salicyl. Tinct. Jod. Bestr.	6	Genes.	Polyarthr. rheumat.	Direkt.	2—14

27	M. H. i. Kl.	9	weibl.	22. I. 82	Croupöse Rachendiphth. u. primäre Nasendiphth. Drüsen beiderseits geschw. T. H. 41,9.	Pilocarp. m. $2^1/_2$ % Carbollös.-Ausspritzung. Inhalation. Pr. Umschläge. Excit.	9	Genes.	Nasendiphther.	Direkt.	3—8
28	W. P. i. N.	4	männl.	3. I. 83	Croupöse Form. Belag der rechten und linken Tonsille, Arcus und Uvula rechts. Drüsenanschw. beiders. T. H. 40,4.	Pilocarp. Chinolinpinselung. Pr. Umschläge. Inhalation.	6	Genes.	—	?	?
29	D. B. i. D.	10	männl.	3. I. 83	Katarrhalische Form. Punkt bis streifenförm. Belag beiderseits. Drüsenanschw. beiders. T. H. 39,8.	Chinol. Pilocarp. Pr. Umschläge.	2	Genes.	—	Direkt.	3—10
30	E. R. i. B.	2	weibl.	5. I. 83	Katarrhalische Form. Beiderseitiger Tonsillenbelag. Beiders. Drüsenanschw. T. H. 40.	Chinol. Pilocarp. Pr. Umschläge.	3	Genes.	—	Indirekt.	1—6
31	S. Sch. i. N.	12	weibl.	12. I.	Croupöse Form. Beiders. Tonsillenbelag. Belag der Spitze und unteren beiden Kanten der Uvula und der hinteren Pharynxwand. Beid. schmerzh. Drüsenansch. T. H. 39,8.	Chinol. Pilocarp. Pr. Umschläge. Inhalation.	8	Genes.	—	Direkt.	2—5
32	A. Sch. i. W.	9	weibl.	15. I.	Croupöse Form. Beiderseitiger Tonsillen u. Arcusbelag. Drüsenanschwellung beiders. T. H. 40,3.	Chinol. Pilocarp. Pr. Umschläge. Inhalation.	5	Genes.	—	Indirekt.	5

Nr.	Namen	Alter in Jahren	Geschlecht	Eintritt d. Erkrg. resp. Behandlung	Art und Ort der Lokalaffektion	Behandlung	Dauer der Krankheit in Tagen	Ausgang	Complic. und Nachkrankh.	Berührung mit Diphther. Kranken	Incubationsdauer in Tagen
33	S. K, i. D.	4	weibl.	2. II. 82	Croupöse Form. Dicker Belag d. ganz. Rachenrings u. der hinteren Rachenwand. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 40.2.	Chinol Ugt. ciner. Tart. stib. Blutegel. Pilocarp. Pr. Umschläge. Inhalation.	12	Genes.	Diphth. laryng.	Direkt.	1—10
34	C. St. i. Kl.	12	männl.	2. II. 82	Katarrhalische Form. Streifenförmiger Belag beiderseits. Drüsenanschwellung unbed. T. H. 39.7.	Pilocarp. Pr. Umschläge.	5	Genes.	—	Direkt.	2—12
35	W. B. i. M.	30	männl.	3. II. 82	Croupöse Form. Belag beider Tonsillen und d. unteren Theiles der Uvula. Drüsenanschwellung beiders. schmerzhaft. T. H. 39.9.	Pilocarp. Abscess. Incis. Am. muriat. Pr. Umschläge. Gurg. mit Kal. chlor.	6	Genes.	Abscess. tonsill. Bronchit. subacut.	?	?
36	M. K. E.	12	weibl.	3. II. 82	Katarrhalische Form. Streifenförmiger Belag beider Tonsillen. Drüsenanschwellung. beiders. T. H. 39.0.	Pilocarp. Pr. Umschläge.	6	Genes.	—	Direkt.	3—8
37	C. K. i. E.	9	männl.	4. II. 82	Katarrhalische Form. Belag beider Tonsillen u. des linken Arcus. Drüsenanschwellung unbed. Uvula stark ödematös. T. H. 5.35.	Pilocarp. Pr. Umschläge.	4	Genes.	—	Direkt.	1

38	Fr. P. i. G.	5	männl.	4. II. 82	Croupöse Form. Belag beider Tonsille und d. Uvula, der hintern Fläche der Uvula u. seitl. Rachenwand. Drüsenanschwellung beiders. T. H. 40.5.	Pilocarp. $2^1/_2$% Carbollös.-Ausspritz. Inhalation. Pr. Umschl. Excitant.	5	Genes.	Nasendiphth.	Direkt.	1—2
39	W. K. i. E.	16	männl.	5. II. 83	Croupöse Form. Tonsillen- u. Arcusbelag beids. Drüsenanschwellung beiders. T. H. 39.8.	Pilocarp. Inhalation. Pr. Umschläge.	8	Genes.	—	Direkt.	1—3
40	J. Sch. i. Ndd.	3	weibl.	5. II. 82	Croupöse Form. Dicker Belag d ganz. Rachenringes, aufsteigend zur Nase, absteigend zum Larynx. Anschwellung der submaxil. u. intracriellen Drusenschw. T. H. 41.	Piloc. Ugt. ciner. Tart. stib. Blutegel. Inhalation. Pr. Umschl. Tracheotomie - Ausspr. mit $2^1/_2$% Carbollös.	8	Tod (Suffoc.)	Larynx-Nasendiphth. Broncho-Pneum.	Direkt.	2—8
41	J. T. i. D.	$1^1/_2$	weibl.	8. II. 82	Katarrhalische Form. Punktförmiger Belag beiders. Leichte Drüsenanschwellung. T. H. 35.1.	Pilocarp. Pr. Umschläge.	4	Genes.	—	Indirekt.	1—10
42	W. K. i. E.	5	männl.	8. II. 82	Croupöse Form. Einseitiger Tonsillarbelag. Einseitige Drüsenanschw. T. H. 39.	Pilocarp. Pr. Umschläge.	7	Genes.	Bronchit.	Direkt.	1—7
43	D. B. i. V.	10	männl.	11. II. 82	Katarrhalische Form. Streifenförmiger Belag beider Tonsillen. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 39 9.	Pilocarp. Pr. Umschläge.	10	Genes.	Gaumenlähmung.	Indirekt.	?
44	M. K. i. Ndd.	47	weibl.	13. II. 82	Croupöse Form. Belag beiders. bis zur Uvulawurzel. Drüsenanschwellung beiders. T. H. 39.7.	Pilocarp. Pr. Umschl. Excitant. Inhalation.	5	Genes.	Nach Pneum. aufgetret. Pneum. Rückfall.	Direkt.	2—8

Nr.	Namen	Alter in Jahren	Geschlecht	Eintritt der Erkrg. resp. Behandlung	Art nnd Ort der Lokalaffektion	Behandlung	Dauer der Krankheit in Tagen	Ausgang	Complic. und Nach-Krankh.	Berührnng mit Diphth.-Kranken	Incubationsdauer in Tagen
45	A. Sch. i. Ndd.	10	männl.	13. II. 82	Croupöse Form. Belag des ganzen Rachenrings. Oedem der Uvula. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 40.2.	Pilocarp. Pr. Umschläge. Inhalation.	8	Genes.	—	Direkt.	5—11
46	V. W. i. Ndd.	3	männl.	13. II. 82	Croupöse Form. Beiderseitiger Tonsillen- u. Arcusbelag. Beiderseitige Drüsenanschw. Oedem. uvul. T. H. 40.2.	Pilocarp. Pr. Umschl. Excitant.	12	Genes.	Bronchit.	Direkt.	1—5
47	H. Th. i. N.	6	männl.	14. II. 82	Croupöse Form. Starke pseudomembranöse Beläge des gesammten Rachenringes. Foetor ex ore. Beiderseitige Drüsenanschwellung., schmerzhaft. T. H. 40.7.	Pilocarp. Pr. Umschläge. Inhalation. Decoct. cort. Chin.	6	Genes.	—	Indirekt.	?
48	L. B. i. D.	4	weibl.	15. II. 82	Katarrhalische Form. Punkt- bis streifenförmiger Belag beider Tonsillen. Leichte beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 39.8.	Pilocarp. Pr. Umschläge.	3	Genes.	—	Indirekt.	?
49	M. Str. i. R.	5	weibl.	16. II. 82	Croupöse Form. Beiderseitiger Belag der Tonsillen und deren nächster Umgebung. Beiders. Drüsenanschwellung. T. H. 40.2.	Pilocarp. Pr. Umschläge. Inhalation.	9	Genes.	—	Indirekt.	?

50	K. G. i. N.	15	männl.	16. II. 82	Croupöse Form. Dicker Belag der Tonsillen u. der Uvula. Foetor ex ore. Drüsenanschwell. beiderseits, schmerzhaft. T. H. 39.9.	Pilocarp. Inhalation. Pr. Umschl. Excitant.	7	Genes.	Abs. torvill. dentr.	Direkt.	3
51	Fr. P. i. W.	12	männl.	18. II. 82	Katarrhalische Form. Punktförmiger Belag der Tonsilen und der unteren hinteren Uvulaseite. Drüsenanschw. gering, beiders. T. H. 40.4.	Piloc. Ugt. ciner. Tart. stib. Blutegel. Inhalation. Pr. Umschl. Excitant.	18	Genes.	Diphther. larynx.	Direkt.	2—12
52	M. P. i. W.	10	weibl.		Croupöse Form. Beläge beiderseits, bis zur Uvula reichend. Oedem. uvul. Drüsen beiderseits mässig angeschwollen. T. H. 38.9.	Pilocarp. Ugt. ciner. Inhalation. Pr. Umschl. Excitant.	9	Genes.	Diphther. tub. Eust.	Direkt.	1—12
53	L. W. i. M.	27	weibl.	19. II. 82	Croupöse Form. Mässig ausgedehnter beiderseitiger Belag. Mässige beiderseitige Drüsenanschwellung. T. H. 39.	Pilocarp. Pr. Umschläge. Kal. chlor. Gurgel.	8	Genes.	Necros. am Olecr. u. Metac.-Knochen. digit. V. sinistr.	Direkt.	2—18
54	S. K. i. K.	3	weibl.	20. II. 82	Katarrhalische Form. Beiderseitiger Tonsillen-Belag und rechtsseitiger Arcusbelag. Drüsenanschw. s. schmerzhaft beiderseits. T. H. 39.7.	Pilocarp. Pr. Umschläge.	3	Genes.	—	Indirekt.	?
55	S. W. i. W.	16	weibl.	25. II. 82	Katarrhalische Form. Streifenförmiger beiderseitiger Tonsillenbelag. Drüsenschwellung beiderseits, gering. T. H. 38.4.	Pilocarp. Pr. Umschläge.	4	Genes.	—	Direkt.	5

Nr.	Namen	Alter in Jahren	Geschlecht	Eintritt d. Erkrg resp. Behandlung	Art und Ort der Lokalaffektion	Behandlung	Dauer der Krankheit in Tagen	Ausgang	Complic. und Nachkrankh.	Berührung mit Diphther. Kranken	Incubationsdauer in Tagen
56	H. T. i. H.	38	männl.	27. II. 82	Katarrhalische Form. Beiderseitiger punktförmiger Belag. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 38 6.	Pilocarp. Pr. Umschläge. Gurg. mit Kal. chlor.	4	Genes.	Bronchit.	Direkt.	1—10
57	S. K. i. K.	21	weibl.	27. II. 82	Croupöse Form. Beiderseitiger Belag d. Tonsill. und des Arcus und des untern Theiles der Uvula. Beiderseitige Drüsenanschwellung. T. H. 39.3.	Pilocarp. Pr. Umschl. Inhalation. Kal. chlor. Gurgel.	9	Genes.	—	Direkt.	2—14
58	L. E. i. W.	15½	weibl.	28. II. 82	Katarrhalische Form. Punkt- bis streifenförmiger Tonsillenbelag. Drüsenanschwellung eben bemerkbar. T. H. 39.	Pilocarp. Pr. Umschläge. Kal. u. chlor. Gurgel.	3	Genes.	—	Indirekt.	?
59	M. A. i. D.	15	männl.	28. II. 82	Croupöse Form. Beiderseitiger Belag auf den Tonsillen bis z. Uvula-Wurzel. Foetor ex ore. Drüsenanschwell. beträchtlich, beiderseits, sehr schmerzhaft. T. H. 40.3.	Pilocarp. Inhalation. Pr. Umschl. Excitant.	8	Genes.	—	Direkt.	2—7
60	F. D. i. B.	6	männl.	1. II. 82	Croupöse Form. Dicker, den ganzen Rachencingang bedeckender und fast ausfüllender Belag. Foetor ex ore. Beiders. Drüsenanschw. T. H. 40.3.	Pilocarp. Inhal. Reichl. Excitant. Chinol. Pr. Umschläge.	2	Tod. (Collaps.)	Diphther. laryngis et nar.	?	?

61	Sch.W. i. R.	4	weibl.	4. II. 83	Croupöse Form. Beiderseitige Beläge d. Tonsillen, Arcus und Uvula. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 40 1.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Excitant. Pr. Umschläge.	5	Genes.	Gaumenlähmung.	Indirekt.	3—10
62	L. M. i. Kl.	5	weibl.	4. II. 83	Katarrhalische Form. Punktförm. Belag d. rechten, streifenförmiger d. link. Tonsille und des Arcus. Beiderseitige Drüsenanschw., oedem. uvul. T. H. 39.5.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	3	Genes.	—	Direkt.	1—5
63	K. M. i. Kl.	4	männl.	5. II. 83	Katarrhalische Form. Punktf. Belag beider Tonsill. Kaum bemerkbare beiderseit. Drüsenanschwellung. T. H. 38.4.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	5	Genes.	—	Direkt.	1—7
64	M. Th. i. Dfw.	3/4	weibl	6. II. 83	Croupöse Form. Beiderseitiger dicker Belag d. Tonsillen und der Uvula. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 40.4.	Pilocarp. Chinol. Excitant. Pr. Umschläge. Inhalation.	6	Genes.	—	Indirekt.	?
65	D. Dr. i. B.	4	männl.	6. II. 83	Katarrhalische Form. Punktförmiger Tonsillenbelag. Leichte Drüsenanschwellung. T. H. 38.2.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	2	Genes.	—	Direkt.	3—5
66	K. A. i. H.	5	männl.	6. II. 83	Croupöse Form. Dicke Beläge d. ganz. Rachenringes. Foetor ex ore. Beiders. kockgradige Drüsenanschwellung. T. H. 40.1.	Pilocarp. Ausspritz. mit $2^1/_2{}^0/_0$ Carboll. Chinol. Inhalation. Ugt. ciner. Tart. stib. Blutegel. Pr. Umschl. Excitant.	3	Tod (Suff.)	Diphther. laryng. et nar.	Indirekt.	?
67	F. Sch. i. R.	2	männl.	7. II. 83	Croupöse Form. Dicke, den Racheneingang bedeckende Membranen. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 40.5.	Pilocarp. Ausspritz. m $2^0/_0$ Carbollös. Chinol. Inhalation. Excitant. Pr. Umschläge.	5	Tod (Coll.)	Diphther. nar.	Direkt.	6

Nr.	Namen	Alter in Jahren	Geschlecht	Eintritt d. Erkrg. resp. Behandlung	Art und Ort der Lokalaffektion.	Behandlung	Dauer der Krankheit in Tagen	Ausgang	Complic. und Nachkrankh.	Berührung mit Diphther. Kranken	Incubationsdauer in Tagen
68	Fr. R. in R.	5	männl.	8. II. 83	Croupöse Form. Beläge auf d. Tonsillen, Arcus, der Uvula und der Pharynxwände. Drüsenanschwellung beiders. T. H. 39.8.	Piloc. Ugt. ciner. Tart. stib. Blutegel. Chinol. Inhalation. Excitant.	6	Tod (Suff.)	Diphther. laryng.	Direkt.	1—6
69	Fr. P. i. M.	10	männl.	11. II. 83	Katarrhalische Form. Streifenförmiger Belag bei der Tonsillen. Drüsenanschwellung beiders. T. H. 38.7.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	10	Genes.	—	Indirekt.	?
70	A. Br. i. D.	8	weibl.	14. II. 83	Croupöse Form. Dicke Beläge der Tonsillen, d. Arcus u. der Spitze d. Uvula. Drüsenanschwellung beiders. T. H. 39.3.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Excitant. Pr. Umschläge.	11	Genes.	—	Direkt.	3—6
71	F. Br. i. D.	$2^1/_2$	männl.	15. II. 83	Croupöse Form. Den ganzen Rachenring überziehende dicke Beläge. Oedem der Uvula. Drüsenanschwellung beiders. T. H. 40.8.	Pilocarp. Chinol. Excitant. Inhalation. Pr. Umschläge.	8	Genes.	Abscess. submaxill.	Direkt.	1—2
72	M. Br. i. M.	$1^1/_2$	weibl.	16. II. 83	Katarrhalische Form. Punktförmiger Belag beider Tonsillen. Drüsenanschw. eben bemerkb. T. H. 38.1.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	3	Genes.	—	Indirekt.	?

73	Fr. H. i. D.	12	männl.	24. II. 83	Croupöse Form. Beläge beider Tonsillen, der untern hintern Hälfte und der Spitze der Uvula. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 40.	Piloc. Ugt. ciner. Tart. stib. Blutegel. Chinol. Inhalation. Pr. Umschl. Excitant.	7	Genes.	Diphther. laryng.	Direkt.	5—7
74	A. H. i. D.	5	weibl.	25. II. 83	Croupöse Form. Dicke Beläge der Tonsillen und Uvula. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 39.6.	Piloc. Ugt. ciner. Tart. stib. Chinol. Inhalation. Excitant. Pr. Umschläge.	9	Genes.	Diphther. laryng.	Direkt.	3—8
75	H. S. i. B.	19	weibl.	4. III. 83	Katarrhalische Form. Streifenförmiger Belag beider Tonsillen. Drüsenanschwellung beiders. T. H. 38.4.	Pilocarp. Pr. Umschläge. Kal. chlor. Gurgel.	5	Genes.	—	Indirekt.	?
76	Fr. P. H. i. W.	11	männl.	12. III. 82	Croupöse Form. Beläge der Tonsillen, Arcus und Uvula, namentlich an der Spitze und hintern Fläche. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 40.4.	Pilocarp. Aussprit. m. $2^1/_2\,^0/_0$ Carbollös. Inhalation. Pr. Umschläge.	12	Genes.	Diphther. nar.	Direkt.	2—14
77	M. W. i. Ndd.	18	weibl.	12. III. 82	Croupöse Form. Beläge d. Tonsillen u. d. Arcus. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 39.2.	Pilocarp. Inhalation. Pr. Umschläge.	10	Genes.	—	Indirekt.	?
78	F. Sch. i. N.	13	männl.	13. III. 82	Croupöse Form. Beläge d. Tonsillen u. d. Uvula. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 39.7.	Pilocarp. Pr. Umschläge.	5	Genes.	—	Indirekt.	?
79	W. K. i. V.	13	männl.	16. III. 82	Septische Form. Schwärzlich-graue, zerfallende Beläge des ganz. Rachenringes. Beiderseit. hochgrad. Drüsenanschwellung. T. H. 40.6.	Pilocarp. Inhalation. Excitant. Pr. Umschläge.	2	Tod (Coll.)	—	Direkt.	3—6

Nr.	Namen	Alter in Jahren	Geschlecht	Eintritt der Erkrg. resp. Behandlung	Art und Ort der Lokalaffektion	Behandlung	Dauer der Krankheit in Tagen	Ausgang	Oomplic. und Nach-Krankh.	Berührung mit Diphther. Kranken	Inkubationsdauer in Tagen
80	W. B. i. V.	5	männl.	16. III. 82	Katarrhalische Form. Punktförmiger Belag beider Tonsillen. Drüsenanschw. beiderseits. T. H. 38.5.	Pilocarp. Inhalation. Pr. Umschläge.	4	Genes.	—	Indirekt.	?
81	H. K. i. Sch.	10	männl.	20. III. 82	Croupöse Form. Beläge beider Tonsillen und Arcus. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 39.2.	Pilocarp. Inhalation. Pr. Umschl. Excitant.	6	Genes.	—	Indirekt.	?
82	Fr. R. i. N.	21	männl.	23. III. 82	Croupöse Form. Einseitiger Belag der Tonsille, des Arcus und der Seite der Uvula (*links*). Linksseitige Drüsenanschw. T. H. 38.6.	Pilocarp. Pr. Umschläge. Kal. chlor. Gurg.	3	Genes.	—	Direkt.	1—8
83	M. W. i. N.	19	weibl.	25. III. 82	Croupöse Form. Beläge d. Tonsillen, d. Uvula, der hintern Rachenwand. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 39.	Pilocarp. Pr. Umschläge. Gurg. m. Kal. chlor.	6	Genes.	Gaumenlähmung. Gesichtsstörung.	Direkt.	1—4
84	M. H. i. D.	7	weibl.	1. III. 83	Croupöse Form. Beläge der Tonsillen, Arcus, Uvula, hint. Rachenwand. Drüsenanschw. beiderseits. T. H. 40.8.	Piloc. Ugt. ciner. Tart. stib. Blutegel. Chinol. Inhalation. Tracheotom. Pr. Umschl. Excitant.	37	Genes.	Diphther. laryng.	Direkt.	2—5
85	Fr. H. i. D.	13	männl.	2. III. 83	Croupöse Form. Bel. beider Tons. u. d. Uvula. Beiders. Drüsensch. T. H. 38.7.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	8	Genes.	Gaumenl. Gesichtsstörung.	Direkt.	1—6

86	K. H. i. D.	6	männl.	2. III. 83	Croupöse Form. Belag der Tonsillen u. Arcus beiderseits, der Uvula einers. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 39.9.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Pries. Umschläge.	6	Genes.	—	Direkt.	1—6
87	H. E. i. R.	7	männl.	7. III. 83	Croupöse Form. Belag der Tonsille und Umgebung bis zur Uvulawurzel. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 39.9.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Excitant. Pr. Umschläge.	9	Genes.	—	Direkt.	2—8
88	K. B. i. V.	34	weibl.	16. III. 83	Croupöse Form. Membranöse Beläge der Tonsillen, der untern und hintern Fläche der Uvula, der hintern und seitlichen Rachenwand. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 38.8.	Pilocarp. Lap. infern. Sol. argent. nitr. Pinselungen. Chinol. Pr. Umschläge.	23	Genes.	Chron. diphther. Ulcera.	?	?
89	L. B. i. Ndd.	4	weibl.	16. III. 83	Katarrhalische Form. Beläge beider Tonsillen. Drüsenanschw. beiders. wenig bemerkbar. Uvula ödematös. T. H. 38.2.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	7	Genes.	—	Indirekt.	?
90	M. H. i. H.	13	weibl.	22. III. 83	Croupöse Form. Beläge beider Tonsillen, der Arcus u. d. Uvulaspitze rechts. Drüsenanschw. beiders., rechts stärker. T. H. 39.2.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	9	Genes.	—	Direkt.	2—7
91	L. B. i. Ndd.	7	weibl.	23. III. 83	Katarrhalische Form. Streifenförmiger Belag beiderseits. Drüsenanschw. gering, beiders. T. H. 38.5.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	4	Genes.	—	Indirekt.	?

Nr.	Namen	Alter in Jahren	Geschlecht	Eintritt d. Erkrg. resp. Behandlung	Art und Ort der Lokalaffektion	Behandlung	Dauer der Krankheit in Tagen	Ausgang	Complic. und Nachkrankh.	Berührung mit Diphther. Kranken	Incubationsdauer in Tagen
92	F. S. i. D.	7	männl.	24. III. 83	Croupöse Form. Beläge beiderseits auf Tonsillen, Arcus und der hinteren Pharynxwand. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 40.3.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	13	Genes.	—	Direkt.	?
93	G. R. i. V.	8	weibl.	4. IV. 82	Croupöse Form. Beläge der Tonsillen und der hintern untern und untern vordern Fläche der Uvula. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 40.3.	Piloc. Ugt. ciner. Tart. stib. Blutegel. Inhalation. Pr. Umschl. Excitant.	15	Genes.	Diphther. laryng. u.d.Mittel-Ohres. Gaumenlähmung.	Direkt.	3—8
94	K. Üb. i. Ndd.	4	männl.	5. IV. 82	Katarrhalische Form. Belag der Tonsillen beiders. Anschwellung der Uvula. Drüsenanschwellung beiders. T. H. 38.6.	Pilocarp. Pr. Umschläge.	4	Genes.	—	Indirekt.	0
95	Fr. Kr. i. V.	10	männl.	7. IV. 82	Primäre Diphther. laryng. T. H. 40.1.	Ugt. ciner. Tart. stib. Blutegel. Inhalation. Pr. Umschläge.	9	Tod (Suff.)	Diphther. laryng.	Direkt.	3—10
96	M. V. i. W.	12	weibl.	15. IV. 82	Croupöse Form. Belag der Tonsillen und der Arcus beiders. Oedema uvulae. Beiders. Drüsenans. T. H. 38 7.	Pilocarp. Inhalation. Pr. Umschläge.	5	Genes.	—	Direkt.	2—4
97	H. K. i. W.	29	weibl.	16. IV. 82	Croupöse Form. Belag der Uvula rechts. Tonsillen- u. Arcusbeläge beiders. Beläge d. hint. Pharynxwand. Beid. Drüsenschw. T. H. 39.6.	Pilocarp. Pr. Umschläge. Gurg. m. Kal. chlor.	5	Genes.	Gangrän. Zerstör. ein. Theils d. r. Seite d. Uvula.	?	?

98	Fr. H. i. Sdd.	6	männl.	19. IV. 82	Croupöse Form. Beläge der Tonsillen bis zur Uvulawurzel. Oedem. d. Uvula. Drüsenanschw. beiderseits. T. H. 35.6.	Pilocarp. Inhalation. Pr. Umschläge.	4	Genes.	—	Indirekt.	?
99	W. N. i. Ndd.	6	männl.	23. IV. 82	Croupöse Form. Dicke Beläge d. Rachenringes. Foetor ex ore. Beiders. hochgradige Drüsenanschwellung. T. H. 40.2.	Pilocarp. Inhalation. Excitant. Pr. Umschläge.	3	Tod (Coll.)	—	Direkt.	2—10
100	K. N. i. Ndd.	7	männl.	23. IV. 82	Cronpöse Form. Beläge der Tonsillen, Arcus, Uvula, hintern Pharynxwand. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 40.6.	Pilocarp. Ausspritzung mit $2^1/_2\%$ Carbollös. Inhalation. Pr. Umschl. Excitant.	3	Tod (Coll.)	Diphther. nar.	Direkt.	2—10
101	L. N. i. Ndd.	2	weibl.	24. IV. 82	Croupöse Form. Dicke Beläge der Tonsillen u. der Uvula. Foetor ex ore. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 40.5.	Pilocarp. Inhalation. Excitant. Pr. Umschläge.	3	Tod (Coll.)	—	Direkt.	1—11
102	M. H. i. V.	18	weibl.	24. IV. 82	Croupöse Form. Beläge d. Tons. u. d. Arcus. Beiders. Drüsenanschw., besonders links. T. H. 39.9.	Pilocarp. Inhalat. Incision. Pr. Umschläge.	5	Genes.	Abscess. submaxill.	Direkt.	1—7
103	Fr. H. i. Br.	7	männl.	25. IV. 82	Croupöse Form. Beiders. Beläge der Tonsillen u. Umgebung. Oedem. uvulae. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 38.9.	Pilocarp. Inhalation. Pr. Umschläge.	10	Genes.	—	Direkt.	2
104	L. Bl. i. S.	12	weibl.	27. IV. 82	Croupöse Form. Dicke membranöse Beläge des Rachenringes. Anschwellung beiders. Drüsen. T. H. 39.3.	Pilocarp. Inhalation. Excitant. Pr. Umschläge.	8	Genes.	—	Direkt.	2 - 4

Nr.	Namen	Alter in Jahren	Geschlecht	Eintritt der Erkrg. resp. Behandlung	Art und Ort der Lokalaffektion	Behandlung	Dauer der Krankheit in Tagen	Ausgang	Complic. und Nach-Krankh.	Berührung mit Diphth. Kranken	Incubationsdauer in Tagen
105	M. H. i. Br.	5	weibl.	28. IV. 82	Croupöse Form. Membranöser Belag der Tonsillen und der Uvula. Beiderseitige Drüsenanschw. T H. 40.4.	Piloc. Ugt. ciner. Tart. stib. Blutegel. Inhalation. Pr. Umschläge	2	Tod (Suff.)	Diphther. laryngis.	Direkt.	2—6
106	H. W. i. E.	5	männl.	28. IV. 82	Croupöse Form. Beläge der Tonsillen und vorderen weichen Gaumenfläche, der Uvula und der hinteren Pharynxwand. Beiderseitige Drüsenanschw. T, H. 40.1.	Pilocarp. Inhalation. Pr. Umschl. Excitant.	8	Genes.	—	?	?
107	S. K. i. V.	18	weibl.	28. IV. 82	Katarrhalische Form. Beläge der Tonsillen und des rechten Arcus. Beiderseit. bemerkb. Drüsenanschwellungen. T. H. 38.6.	Pilocarp. Inhalation. Pr. Umschläge.	4	Genes.	—	Direkt.	3—8
108	L. D. i. D.	32	weibl.	2. IV. 83	Katarrhalische Form. Belag der Tonsillen beiders. Oedem. uvul, Beiders. geringe Drüsenansch, T. H. 39.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	5	Genes.	—	Direkt.	1—14
109	S. Dr. i. D.	12	weibl.	5. IV. 83	Croupöse Form. Beläge der Tonsillen, untern und hintern Fläche der Uvnla, hintern und seitl. Rachenwand. Geringe beiders. Drüsenansch. T. H. 38.2.	Pilocarp. Chinol. Arg. nitr. Pr. Umschläge.	18	Genes.	Chron. ulcer. Diphther.	Direkt.	2—6

110	D. Sch. W. i. R.	15	männl.	6. IV. 83	Katarrhalische Form. Beläge der Tonsillen und hinteren Rachenwand. Beiders. geringe Drüsenansch. T. H. 38.5.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	4	Genes.	—	Direkt	3—8	
111	S. Sch. W. i. R.	4	weibl.	7. IV. 83	Croupöse Form. Beläge der Tonsillen u. Ränder der Uvula. Beiders. Drüsenanschw. T. H. 40.4.	Pilocarp. Chinol. Excitant. Inhalation. Pr. Umschläge.	10	Genes.	—	Direkt.	1	
112	S. W. i. D.	18	weibl.	12. IV. 83	Katarrhalische Form. Beläge der Tonsillen beiders. Drüsenanschw. beiderseits bemerkbar. T. H. 38.3.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	4	Genes.	—	Direkt.	5	
113	M. W. i. D.	14	weibl.	14. IV. 83	Croupöse Form. Beläge der Tonsillen, Arcus und Uvula. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 39.7.	Pilocarp. Chinol. Excitant. Inhalation. Pr. Umschläge.	12	Genes.	—	Direkt.	2	
114	M. St. i. D.	4	weibl.	19. IV. 83	Croupöse Form. Beiders. Beläge des Rachen-eing. u. d. vorderen Gaumenfläche. Oedem. uvulae. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 40.3.	Piloc. Ugt. ciner. Tart. stib. Blutegel. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	9	Tod (Suff.)	Diphther. laryngis.	Indirekt.	5	
115	M. W. i. D.	9	weibl.	20. IV. 83	Katarrhalische Form. Beläge der Tonsillen und der vordern Gaumenfläche. Beiders. bemerkbare Drüsenanschwellung. T. H. 38.8.	Pilocarp. Chinol. Excitant. Pr. Umschl. Eisbeutel auf die Herzgegend.	18	Genes.	Endocard.	Direkt.	6—8	
116	Fr. L. i. D.	3	männl.	23. IV. 83	Croupöse Form. Dicker Belag d. ganz. Rachenrings u. d. hint. Pharynxwd. Beid. Drüsensch. T. H. 40.5.	Piloc. Ugt. ciner. Tart stib. Blutegel. Chinol. Inhalation. Pr. Umschl. Excitant.	5	Tod (Suff.)	—	Direkt.	4	

Nr.	Namen	Alter in Jahren	Geschlecht	Eintritt d. Erkrg. resp. Behandlung	Art und Ort der Lokalaffektion	Behandlung	Dauer der Krankheit in Tagen	Ausgang	Complic. und Nachkrankh.	Berührung mit Diphther. Kranken	Incubationsdauer in Tagen
117	K. W. i. D.	1	männl.	25. IV. 83	Croupöse Form. Beläge des ganzen Rachenringes. Beiders. Drüsenanschwellung. T. H. 35.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschl. Excitant.	2	Tod (Coll.)	—	Indirekt.	?
118	H. H. i. D.	9	männl.	29. IV. 83	Katarrhalische Form. Beläge der Tonsillen. Drüsenanschwellung beiders. T. H. 39.4.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	7	Genes.	—	Direkt.	3—8
119	S. R. i. Sch.	1½	weibl.	1. V. 82	Croupöse Form, Beläge der Tonsillen, Arcus u. Uvula. Beiders. bemerkbare Drüsenanschwellung. T. H. 40.3.	Piloc. Ugt. ciner. Tart. stib. Blutegel. Inhalation. Pr. Umschl. Excitant.	3	Tod (Suff.)	Diphther. laryngis.	Direkt.	2—8
120	H. H. i. M.	8	männl.	10. V. 82	Croupöse Form. Beläge der Tonsillen und der Rachenwände. Beiders. Drüsenanschwellung. T. H. 39.5.	Pilocarp. Inhalation. Pr. Umschl. Excitant.	12	Genes.	Bronchit.	Direkt.	3—6
121	W. G. i. E.	9	männl.	11. V. 82	Katarrhalische Form. Tonsillenbeläge beiderseits. Drüsenanschwellung ebenfalls. T H. 39.3.	Pilocarp. Pr. Umschläge.	6	Genes.	—	Indirekt.	?
122	H. H. i. M.	6	weibl.	18. V. 82	Croupöse Form. Beläge der Tonsillen und Umgebung bis zur Uvula. Oedem. uvulae. Beid. Drüsensch. T. H. 39.8.	Pilocarp. Inhalation. Pr. Umschläge.	4	Genes.	—	Direkt.	6

123	L. Dr. i. D.	3	weibl.	21. V. 82	Croupöse Form. Dicke Beläge des Rachenringes und der hintern und seitlichen Pharynxwand. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 40.6.	Piloc. Ugt. ciner. Tart. stib. Blutegel. Inhalation. Pr. Umschläge. Ausspritzung mit $2^1/_2{}^0/_0$ Carbollös. Excitant.	14	Genes.	Diphth. laryng. et narium. Broncho-Pneum.	Indirekt.	?
124	Fr. E. i. N.	7	männl.	24. V. 82	Katarrhalische Form. Beläge der Tonsillen. Beiders. leichte Drüsenanschw. T. H. 38.8.	Pilocarp. Pr. Umschläge.	3	Genes.	—	Direkt.	2—7
125	L. Sch. i. Dfw.	15	weibl.	27. V. 82	Croupöse Form. Beläge der Tonsillen und der vordern Gaumenfläche. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 39.9.	Pilocarp. Inhalation. Pr. Umschläge.	6	Genes.	—	Direkt.	3—8
126	W. A. i. V.	7	männl.	27. V. 82	Croupöse Form. Tonsillen u. Arcusbel. beiders. Beiderseitige Drüsenanschw.	Pilocarp. Inhalation. Pr. Umschläge.	9	Genes.	Gaumenl. Gesichts-störung.	Direkt.	1—4
127	L. H. i. D.	5	weibl.	4. V. 83	Croupöse Form. Beläge der Tonsillen, Arcus, seitlichen u. hintern Pharynx-wand. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 39.	Pilocarp. Chinol. Kal. acet. Inhalation. Pr. Umschläge.	16	Genes.	Nephritis.	Direkt.	1—8
128	L. H. i. D.	$1^1/_2$	weibl.	5. V. 83	Croupöse Form. Beläge der Tonsillen, d. Arcus und Uvula. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 40.2.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	13	Genes.	Ernähr-ungsstör.	Direkt.	2—6
129	S. Cr. i. D.	13	weibl.	7. V. 83	Katarrhalische Form. Beläge der Tonsillen und hin-teren Rachenwand. Kaum bemerkbare beiderseit. Drüsenanschwellung. T. H. 38.7.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge. Arg. nitr. pins.	2	Genes.	Chron. diphther. Ulcera.	?	?

Nr.	Namen	Alter in Jahren	Geschlecht	Eintritt d. Erkrg. resp. Behandlung	Art und Ort der Lokalaffektion	Behandlung	Dauer der Krankheit in Tagen	Ausgang	Complic. und Nachkrankh.	Berührung mit Diphther. Kranken	Incubationsdauer in Tagen
130	K. K. i. D.	5	männl.	8. V. 83	Croupöse Form. Beläge des ganzen Rachenringes. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 39.2.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	9	Genes.	—	Direkt.	1—5
131	M. R. i. D.	12	weibl.	8. V. 83	Katarrhalische Form. Punktförmiger Belag d. Tonsillen und d. vorderen Gaumenfläche. Beiderseitige kaum bemerkbare Drüsenanschwellung. T. H. 38.8.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	10	Genes.	—	Direkt.	1—11
132	Fr. St. i. M.	4	männl.	11. V. 83	Croupöse Form. Dicker Belag der Tonsillen u. der Uvula. Beiders. bemerkb. Drüsenansch. T. H. 40·3.	Piloc. Ugt. ciner. Tart. stib. Blutegel. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	5	Tod (Suff.)	Diphther. laryng.	Indirekt.	?
133	H. R. i. W.	35	männl.	10. V. 83	Katarrhalische Form. Leichter punktförmiger Belag der Tonsillen. Leichte beiders. Drüsenansch. T. H. 41.3.	Chinol. Excitant. Chinin. Chinol.	2	Tod (Coll.)	—	?	?
134	L. R. i. D.	11	weibl.	11. V. 83	Croupöse Form. Tonsill. u. Arcusbel. beiders. Beiders. Drüsenanschwellung, T. H. 38,9.	Pilocarp. Inhalation. Pr. Umschläge.	8	Genes.	—	Direkt.	3—9
135	B. H. i. M.	10	weibl.	15. V. 83	Katarrhalische Form. Punktförmiger Tonsillarbelag. Beid. Drüsensch. T. H. 39.2.	Chinol. Pilocarp. Pr. Umschläge.	9	Genes.	—	Direkt.	2

136	M. W. i. D.	7	männl.	22. V. 83	Katarrhalische Form. Punkt- bis streifenförmiger Belag der beiden Tonsillen und vorderen Gaumenfläche. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 38.7.	Chinol. Pilocarp. Pr. Umschläge.	6	Genes.	Blasenlähmung.	Direkt.	5
137	D. W. i. D.	40	männl.	24. V. 83	Croupöse Form. Beläge der Tonsillen u. hinteren Pharynxwand. Beid. schmerzh. Drüsenansch. T. H. 38,6.	Chinol. Pilocarp. Inhalation. Pr. Umschläge.	8	Genes.	—	Direkt.	2—14
138	O. N. i. D.	5	männl.	24. V. 83	Katarrhalische Form. Beläge der Tonsillen u. Uvula. Beiderseitige kaum bemerkb. Drüsenanschwellung. T. H. 38.8.	Chinol. Pilocarp. Pr. Umschläge.	4	Genes.	Chron. Erbrech.	Direkt.	1—10
139	W. H. i. D.	10	männl.	6. VII. 82	Katarrhalische Form. Einseitiger Tonsillenbelag. Eins. Drüsenansch. (rechters.) T. H. 38.5.	Bhinol. Pilocarp. Pr. Umschläge.	6	Genes.	—	?	?
140	Fr. Rs. i. Kl.	5	männl.	12. VI. 82	Katarrhalische Form. Tonsillenbeläge. Beid. schmerzh. Drüsenansch. T. H. 38.8.	Chinol. Pilocarp. Pr. Umschläge.	5	Genes.	—	Indirekt.	?
141	K. G. i. N.	16	männl.	26. VI. 82	Katarrhalische Form. Beläge der Tonsillen und des Arcus linkerseits. Drüsenansch. beid. bemerkb. T. H. 38.5.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	9	Genes.	—	?	?
142	L. W. i. Ndd.	6	weibl.	26. VI. 82	Katharrhal. Form. Punkt- bis streifenförm. Belag beider Tonsillen. Beiderseitige Drüsenanschw. T. II. 38.7..	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	4	Genes.	—	Indirekt.	?

Nr.	Namen	Alter in Jahren	Geschlecht	Eintritt d. Erkrg. resp. Behandlung	Art und Ort der Lokalaffektion	Behandlung	Dauer der Krankheit in Tagen	Ausgang	Complic. und Nachkrankh.	Berührung mit Diphther. Kranken	Incubationsdauer in Tagen
143	K. W. i. D.	3	männl.	4. VI. 83	Croupöse Form. Dicke Beläge d. Rachenringes. Foetor ex ore. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 89.2.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	9	Genes.	—	Indirekt.	?
144	W. B. i. D.	7	männl.	9. VI. 83	Croupöse Form. Beläge der Tonsillen und der Uvula. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 39.2.	Piloc. Ugt. ciner. Tart. stib. Blutegel. Chinol. Pr. Umschläge. Inhalation.	6	Genes.	Diphther. laryng.	Direkt.	3—7
145	A. B. i. D.	15	weibl.	9. VI. 83	Croupöse Form. Beiderseitige Beläge der Tonsillen und Arcus. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 38.6.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	5	Genes.	—	Direkt.	3—7
146	S. Q. i. R.	28	weibl.	12. VI. 83	Katarrhalische Form. Leichter Tonsillarbelag. Leichte beiders. Drüsenansch. T. H. 41.6.	Pilocarp. Chinol. Chinin. Excitant.	4	Tod (Coll.)	—	Direkt.	2—15
147	W. S. i. D.	22	männl.	3. XII. 83	Croupöse Form. Beläge der Tonsillen. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 38.8.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	6	Genes.	Ptosis palpebr. super dextr.	Direkt.	2—10
148	L. A. i. B.	5	weibl.	12.VII 82	Croupöse Form. Beläge des ganz. Rachenring. Beiders. submaxillare Drüsenanschwellung. T. H. 39.3.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	9	Genes.	—	Indirekt.	?

149	K. K. i. E.	6	männl.	12.VII. 82	Croupöse Form. Tonsillar- und Arcusbeläge. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 39.1.	Pilocarp. Chinol. Inhalat. Pr. Umschläge.	5	Genes.	—	Indirekt.	—
150	W. P. i. N.	4	männl.	23.VII. 82	Croupöse Form. Beläge d. Tonsillen, d. Arcus und der Uvula. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 38.5.	Pilocarp. Chinol. Inhalat. Pr. Umschläge.	4	Genes.	—	Indirekt.	?
151	M. B. i. V.	12	weibl.	27.VII. 82	Katarrhalische Form. Punktförmige Tonsillarbeläge. Beiders. leichte Drüsenansch. T. H. 39.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	4	Tod (Coll.)	—	Direkt.	2—13
152	S. T. i. N.	13	weibl.	3. VII. 83	Katarrhalische Form. Tonsillen u. vordere Gaumenfläche punktförmig bis streifenförmig belegt. Beiderseit. Submaxillardrüsen leicht angeschwollen. T. H. 38.4.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	4	Genes.	—	Direkt.	1—5
153	H. H. i. M.	6	männl.	7. VII. 83	Croupöse Form. Membranöser Belag der Tonsillen und der Uvula. Drüsen beiderseits empfindlich angeschwollen. T. H. 38.7.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge. Inhalation.	10	Genes.	—	Direkt.	3—10
154	Fr. L. i. Sch.	8	männl.	8. VII. 83	Katarrhalische Form. Tonsillarbeläge beiderseits. Drüsenanschw. beiderseits. T. H. 38.9.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	6	Genes.	—	Indirekt.	?
155	L. Br. i. D.	$1^1/_2$	weibl.	12.VII. 83	Croupöse Form. Dicker Belag d. Rachenringes. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 39.3.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge. Inhalat.	14	Genes.	—	Direkt.	2—10

Nr.	Namen	Alter in Jahren	Geschlecht	Eintritt d. Erkrg. resp. Behandlung	Art und Ort der Lokalaffektion.	Behandlung	Dauer der Krankheit in Tagen	Ausgang	Complic. und Nachkrankh.	Berührung mit Diphther. Kranken	Incubationsdauer in Tagen
156	W. B. i. D.	18	männl.	13.VII. 83	Croupöse Form. Beläge der Tonsillen und der Uvula. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 38.5.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge. Inhalation. Arg. nitr. in Pill.	5	Genes.	Chron. Diarrhoe.	Direkt.	3—10
157	G. L. i. B.	33	weibl.	15.VII. 83	Croupöse Form. Beiderseit. Beläge der Tonsillen und der Arcus. Drüsenanschwellung. empfindlich, beiderseits. T. H. 38.3.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	8	Genes.	—	?	?
158	D. A. i. V.	9	männl.	19.VII. 83	Katarrhalische Form. Leichte streifenförmige beiderseitige Tonsillarbeläge. Beiders. bemerkbare Drüsenanschwellung. T. H. 38.8.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	3	Genes.	—	Indirekt..	?
159	M. P. i. Ndd.	12	weibl.	20.VII. 83	Croupöse Form. Dicke, die Tonsillen, Arcus, Uvulaspitze und hint. Rachenwand einnehmende Beläge. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 39·2.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge. Inhalation.	10	Genes.	—	Direkt.	1—4
160	H. Kr. i. D.	7	männl.	22.VII. 83	Croupöse Form. Tonsillar- und Uvula-Beläge. Drüsenanschwellung beiders. bemerkbar. T. H. 38.9.	Pilocarp. Inhalation. Chinol. Pr. Umschläge.	7	Genes.	—	Direkt.	2—4

161	S. Ost. i. Dfw.	21	weibl.	27.VII. S3	Croupöse Form. Dicke Beläge besond. rechts, links weniger intensiv. Drüsenanschwellung beiders. empfindlich. T. H. 38.2.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge. Inhalation.	9	Genes.	—	Direkt.	3—5
162	Fr. B. i. B.	44	männl.	28.VII. 83	Croupöse Form. Beläge auf beiden Tonsillen u. der Uvula. Drüsenanschwellung beiders., ziemlich empfindlich. T. H. 39.4.	Pilocarp. Incision. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	14	Genes.	Abscess. tonsillar.	?	?
163	K. Sch. i. N.	19	männl.	1.VIII. 82	Croupöse Form. Beläge der Tonsillen. Uvula ödematös. Drüsenanschw. beiderseits. T. H. 38.9.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge. Inhalation.	5	Genes.	—	Direkt.	6
164	G. T. i. T.	52	männl.	15. VIII. 82	Katarrhalische Form. Punktförmiger Tonsillarbelag. Beiderseitige leichte Drüsenanschwellung. T. H. 38.5.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	5	Genes.	—	?	?
165	K. V. i. Ndd.	15	männl.	16. VIII. 82	Croupöse Form. Beiderseits dicke Beläge der Tonsillen. Uvula ödematös, an der Spitze belegt. Beiders. Drüsen angeschw. T. H. 38.9.	Pilocarp. Inhalation. Chinol. Pr. Umschläge.	11	Genes.	—	Indirekt.	?
166	A. Fr. i. Fr.	7	weibl.	27. VIII. 82	Croupöse Form. Beläge d. Tonsillen u. d. Arcus beiderseits, und der hinteren Rachenwand. Oedem. uvul. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 38.9.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge. Inhalation.	6	Genes.	—	Direkt.	2—14

Nr.	Namen	Alter in Jahren	Geschlecht	Eintritt d. Erkrg. resp. Behandlung	Art und Ort der Lokalaffektion	Behandlung	Dauer der Krankheit in Tagen	Ausgang	Complic. und Nachkrankh.	Berührung mit Diphther. Kranken	Incubationsdauer in Tagen
167	C. H. i. W.	4	weibl.	1. IX. 82	Primäre Larynxdiphtherie. T. H. 40,1.	Pilocarp. Inhalation. Ugt. ciner. Tart. stib. Blutegel. Pr. Umschläge. Tracheotomie.	7	Tod (Suff.)	Primäre Larynxdiphth. m. nachträgl. Wundd.	?	?
168	H. B. i. Ndd.	28	weibl.	12. IX. 82	Croupöse Form. Beläge des ganzen Rachenringes. Beiderseitige Drüsenanschw. schmerzhaft. T. H. 39.2.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	9	Genes.	—	Indirekt.	?
169	S. W. i. Df.	13	weibl.	14. IX. 82	Croupöse Form. Dicke Tonsillar- und Uvulabeläge. Empfindliche beiders. Drüsenanschwellung. T. H. 39.4.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	7	Genes.	—	Direkt.	2—5
170	Fr. Dr. i. D.	32	männl.	17. IX. 82	Croupöse Form. Starker Belag beider Tonsillen, mässiger der Uvula und vorderen Gaumenfläche. Sehr bemerkbare Drüsenanschwellung beiderseits. T. H. 38.8.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	14	Genes.	Abscess. tonsill. dextr.	?	?
171	K. B. i. V.	6	männl.	17. IX. 82	Croupöse Form. Membranöser Belag beid. Tonsillen u. vorzügl. der Uvula. Drüsenanschwellung beiders. T. H. 39.7.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge. Inhalation.	12	Genes.	—	Indirekt.	?

172	C. Sch. i. W.	12	weibl.	19. IX. 82	Katarrhalische Form. Beiderseitiger Tonsillarbelag und beiders. Drüsenanschw. T. H. 38.8.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	6	Genes.	—	Indirekt.	?
173	F. Sch. i. V.	38	weibl.	27. IX. 82	Croupöse Form. Starker Belag der Tonsillen, Arcus und vorderen Gaumenfläche, ebenso der Spitze der Uvula. Foetor ex ore. Drüsenanschwellung beiders. T. H. 39.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	11	Genes.	Hysterie.	Direkt.	3—4
174	W. Sch. i. D.	9	männl.	29. IX. 82	Croupöse Form. Beläge des Rachenringes. Oedem. uvulae. Drüsenanschwellung beiders. empfindlich. T. H. 39.3.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	9	Genes.	—	Indirekt.	?
175	D. A. i. B.	7	männl.	3. X. 82	Croupöse Form. Beläge der beiden Tonsillen. Dicker Ueberzug der Uvula. Drüsenanschwellung beiders. T. H. 39.4.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	11	Genes.	—	Direkt.	3—4
176	Fr. W. i. Dfw.	12	männl.	5. X. 82	Croupöse Form. Tonsillar-, Arcus- und Uvulabelag. Drüsenanschwellung beiders. kaum bemerkbar. T. H. 39.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	9	Genes.	Bronch. chron. (Phtis. ?)	Direkt.	1—7
177	M. W. i. N.	19	weibl.	9. X. 82	Croupöse Form. Beläge der Tonsillen u. hinteren Pharynxwand. Drüsen beiderseits schmerzh. angeschwollen. T. H. 38.9.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	8	Genes.	—	Indirekt.	?

Nr.	Namen	Alter in Jahren	Geschlecht	Eintritt d. Erkrg. resp. Behandlung	Art und Ort der Lokalaffektion	Behandlung	Dauer der Krankheit in Tagen	Ausgang	Complic und Nachkrankh.	Berührung mit Diphther. Kranken	Incubationsdauer in Tagen
178	M. J. i. D.	5	weibl.	6. X. 82	Croupöse Form. Tonsillen, Arcus und Wurzel der Uvula dick belegt. Foetor ex ore. Drüsen beiderseits hochgradig angeschwollen. T. H. 40.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	5	Genes.	—	Direkt.	2—5
179	F. Sch. i. D.	7	männl.	7. X. 82	Croupöse Form. Dicker, bis zur Uvula hinziehender Belag beider Tonsillen und Umgebung. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 39.5.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	5	Genes.	Gaumenlähmung.	Direkt.	1—5
180	C. J. i. D.	3	männl.	11. X. 82	Croupöse Form. Belag d. ganz. Rachenringes, der hintern Pharynxwand und hintern Fläche der Uvula. Drüsen beiders. bedeutend angeschwollen. T. H. 40.6.	Piloc. Ugt. ciner. Blutegel Tart. stib. Inhalation. Tracheot. Pr. Umschläge.	8	Tod (Suff.)	Diphther. laryng.	Direkt.	1—6
181	M. K. i. D.	8	männl.	11. X. 82	Katarrhalische Form. Leichter Tonsillarbelag. Leichte beiders. Drüsenansch. T. H. 39.3.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	4	Genes.	—	Direkt.	2—5
182	K. Uv. i. D.	7	männl.	20. X. 82	Croupöse Form. Beläge der Tonsillen und des rechten Randes der Uvula. Drüsen beiders. angeschw. T. H. 38.7.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	3	Genes.	Gesichtsstörung.	Direkt.	3—6

183	H. B. i. E.	7	männl.	20. X. 82	Katarrhalische Form. Punktförmiger Tonsillarbelag und ebensolcher der vorderen Gaumenfläche. Drüsenanschw. eben bemerkb. T. H. 38.4.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	7	Genes.	—	Direkt.	2—7
184	M. Bl. i. N.	43	weibl.	21. X. 82	Croupöse Form. Belag der Tonsillen, d. Uvula, vordern Gaumenfläche, hintern und seitlichen Rachenwand. Drüsenanschwellung beiders. T. H. 39.1.	Pilocarp. Lap. infern. Chinol. Inhalation. Excitant. Pr. Umschläge.	13	Genes.	Tubercul. pulmon. Chron. Diphther.	Indirekt.	?
185	L. W. i. D.	6	weibl.	25. X. 82	Croupöse Form. Dicke Beläge d. Rachenringes. Drüsenanschwellg. beiderseits schmerzhaft. T. H. 39.7.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	6	Genes.	—	Direkt.	2—5
186	Ed. W. i. D.	2	männl.	26. X. 82	Katarrhalische Form. Belag der Tonsillen und hintern Pharynxwand. Drüsenanschwellg. beiderseits bemerkbar. T. H. 38.2.		3	Genes.	—	Direkt.	1—6
187	S. K. i. Kl.	20	weibl.	27. X. 82	Croupöse Form. Beläge der Tonsillen, Uvula und vordern Gaumenfläche. Oedem. uvul. Drüsenanschwellg. beiderseits empfindlich. T. H. 39.3.	Pilocarp. Chinol. Gurgel. mit Kal. chlor. Pr. Umschläge.	15	Genes.	—	Direkt.	3—10
188	K. M. i. Kl.	6	männl.	28. X. 82	Croupöse Form. Tonsillar- u. Arcusbelag, punktförmiger Belag der hinteren Pharynxwand. Drüsenanschwellung beiders. T. H. 38.5.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge. Inhalation.	6	Genes.	—	Direkt.	1—2

Nr.	Namen	Alter in Jahren	Geschlecht	Eintritt d. Erkrg. resp. Behandlung	Art und Ort der Lokalaffektion	Behandlung	Dauer der Krankheit in Tagen	Ausgang	Complic. und Nachkrankh.	Berührung mit Diphther. Kranken	Incubationsdauer in Tagen
189	Ed. M. i. D.	42	männl.	27. X. 82	Croupöse Form. Tonsillen u. Arcus dick belegt. Drüsen angeschwollen. T. H. 38.6.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	8	Genes.	—	Direkt.	4—14
190	K. A. i. V.	6	männl.	27. X. 82	Katarrhalische Form. Streifenförm. Belag der Tonsillen und des Uvula-Randes. Drüsenanschwellung. beiders. T. H. 39.2.	Pilocarp. Chinol. Fr. Umschläge.	4	Genes.	—	Indirekt.	?
191	L. B. i. Nd.	2	weibl.	28. X. 82	Croupöse Form. Dicke Beläge der Tonsillen, Uvula und vorderen Gaumenfläche. Schmerzhafte beiders. Drüsenanschwellung. T. H. 38.5.	Chinol. Inhalation, Pr. Umschläge.	8	Genes.	—	Indirekt.	?
192	L. E. i. V.	25	weibl.	31. X. 82	Croupöse Form. Beläge d. Tonsillen u. Arcus. Anschwellung. d. Submaxillardrüsen beiderseits. T. H. 38.4.	Chinol. Gurg. mit Kal. chlor. Pr. Umschläge.	10	Genes.	Phtis. pulm. sup. dextr.	?	?
193	L. M. i. Kl.	32	weibl.	31. X. 82	Katarrhalische Form. Beläge d. Tons. u. Uvulawurz. Leichte Drüsenanschwellung. T. H. 38.7.	Chinol. Gurg. mit Kal. chlor. Pr. Umschläge.	7	Genes.	—	Direkt.	1—10
194	S. Br. i. D.	2	weibl.	3. X. 83	Croupöse Form. Dicker Belag d. ganz. Rachenringes. Beid. Drüsenanschw. T. H. 40.2.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	3	Genes.	—	Direkt.	2—5

195	H. P. i. R.	9	männl.	14. X. 83	Croupöse Form. Belag der Tonsillen. Drüsenanschwellung beiders. T. H. 38.8.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	5	Genes.	—	Indirekt.	?
196	H. J. i. Fl.	6	männl.	14. X. 83	Croupöse Form. Beläge der Tonsillen, Uvula und Pharynxwand. Drüsenanschw. beiderseits. T. H. 39.7.	Pilocarp. Excitant. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	14	Genes.	—	Indirekt.	?
197	Ft. K. i. Ndd.	5½	männl.	15. X. 83	Croupöse Form. Tonsillen u. Umgebung, Uvulawurzel und vordere Gaumenfläche dick belegt. Foetor ex ore. Drüsenanschwellung beiders. T. H. 39.5.	Inhalation. Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	10	Genes.	—	Direkt.	5—14
198	L. Kr. i. V.	20	weibl.	20. X. 83	Croupöse Form. Belag der Tonsillen u. Arcus. Anschwellung d. Submaxillardrüsen beiderseits. T. H. 38 6.	Chinol. Gurg. mit Kal. chlor. Pilocarp. Pr. Umschläge.	7	Genes.	—	?	?
199	W. M. i. Kl.	3	männl.	2. XI. 82	Croupöse Form. Beläge d. Tonsillen u. Uvula, besonders an der Spitze. Drüsenanschwellung beiders. T. H. 40.	Pilocarp. Inhalation. Chinol. Pr. Umschläge.	9	Genes.	—	Direkt.	2—4
200	S. M. i. Kl.	38	weibl,	2. XI. 82	Croupöse Form. Tonsillen und Arcus, sowie Uvulawurzel belegt. Drüsen angeschw., beiders. T. H. 38.6.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	9	Genes.	—	Direkt.	2—4
201	L. M. i. Kl.	8	weibl.	2. XI. 82	Croupöse Form. Beläge der Tons., der Uvula und der hintern Pharynxwand. Drüsen angeschw. T. H. 39.6.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	9	Genes.	Gaumenlähmung. Gesichtsstörung.	Direkt.	1—2

Nr.	Namen	Alter in Jahren	Geschlecht	Eintritt d. Erkrg. resp. Behandlung	Art und Ort der Lokalaffektion	Behandlung	Dauer der Krankheit in Tagen	Ausgang	Complic. und Nachkrankh.	Berührung mit Diphther. Kranken	Incubationsdauer in Tagen
202	K. Str. i. M.	5	männl.	2. XI. 82	Croupöse Form. Belag der Tonsillen und der Uvulaspitze. Drüsenanschw. beiderseits bemerkbar. T. H. 39.7.	Pilocarp. Kal. acet. Chinol. Chinin. Inhalation. Excitant. Pr. Umschläge.	7	Tod	Nephrits.	Direkt.	3—5
203	H. Str. i. M.	6	männl.	2. XI. 82	Croupöse Form. Belag der Tonsillen u. Arcus. Beiderseits Drüsenanschw. T. H. 39.1.	Pilocarp. Chinol. Kal. acet. Inhalation. Excitant. Pr. Umschläge.	9	Tod	Nephrits.	Direkt.	1—6
204	S. H. i. V.	5	weibl.	5. XI. 82	Croupöse Form. Belag des Rachenringes. Schmerzhafte beiders. Drüsenanschwellung. T. H. 39.9.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Kxcitant. Pr. Umschläge.	15	Genes.	Bronchit.	Direkt.	1—4
205	S. B. i. Ndd.	10	weibl.	9. XI. 82	Katarrhalische Form. Beläge der Tonsillen u. hintern Pharynxwand. Drüsenanschw. leicht, beiders. T. H. 35.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	11	Genes.	—	Direkt.	3—6
206	H. Cr. i. M.	8	männl.	19. XI. 82	Katarrhalische Form. Tonsillarbeläge. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 38.8.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	5	Genes.	—	Indirekt.	?
207	S. K. i. M.	5	weibl.	19. XI. 82	Croupöse Form. Dicker Belag der Tonsillen, Uvula u. vord. Gaumenfläche. Drüsenanschwellung. T. H. 38.8.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	6	Genes.	—	Direkt.	1—7

208	S. W. i. D.	18	weibl.	19. XI. 82	Katarrhalische Form. Punkt- bis streifenförm. Tonsillarbeläge. Leichte beiders. Drüsenansch. T. H. 38.2.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	3	Genes.	Schwerhörigkeit beiders.	Direkt.	1—3
209	H. B. i. Ndd.	4	männl.	20. XI. 82	Croupöse Form. Belag der Tonsillen u. Uvularänder. Beiders. Drüsenanschw. T. H. 39.5.	Pilocarp. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	13	Genes.	—	Indirekt.	?
210	V. F i. Kl.	4	männl.	20. XI. 82	Croupöse Form. Der ganze Rachenring ist dick belegt. Drüsen beiderseits empfindlich angeschwollen. T. H. 39.2.	Pilocarp. Kal. acet. Chinol. Excitant. Inhalation. Pr. Umschläge.	7	Tod	Nephrits.	Direkt.	3
211	Fr. S. i. M.	12	männl.	29. XI. 82	Croupöse Form. Tonsillen und Arcus belegt. Submaxillardrüsen angeschw. Oedem. uvul. T. H. 39.4.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge. Inhalation.	10	Genes.	—	Indirekt.	?
212	D. Dr. i. N.	8	männl.	30. XI. 82	Croupöse Form. Tonsillen u. Uvula dick belegt. Drüsen angeschwollen. T. H. 39.4.	Pilocarp. Eisbeutel auf die Herzgegend. Inhalation. Chinol. Pr. Umschläge.	8	Genes.	Endocard.	Direkt.	3—4
213	S. W. i. W.	29	weibl.	30. XI. 82	Croupöse Form. Beläge der Tonsillen, hinteren Fläche der Uvula und hinteren Pharynxwand. Drüsen beiders. angeschw. T. H. 38.5.	Pilocarp. Chinol. Inhalation, Pr. Umschläge.	5	Genes.	—	Indirekt.	?
214	Fr. W. i. N.	7	männl.	2. XII. 82	Katarrhalische Form. Tonsillarbeläge. Beiders. Drüsenanschw. T. H. 38.6.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	5	Genes.	—	Indirekt.	?

Nr.	Namen	Alter in Jahren	Geschlecht	Eintritt d. Erkrg. resp. Behandlung	Art und Ort der Lokalaffektion	Behandlung	Dauer der Krankheit in Tagen	Ausgang	Complic. und Nachkrankh.	Berührung mit Diphther. Kranken	Incubationsdauer in Tagen
215	D. Fr. i. V.	44	männl.	3. XII. 82	Croupöse Form. Beiderseits Tonsillen stark belegt. Oedem. uvul. Drüsen angeschwollen. T. H. 38.8.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	6	Genes.	—	Direkt.	2—10
216	D. T. i. Kl.	7	männl.	4. XII. 82	Katarrhalische Form. Tonsillen u. Uvula leicht bel. Drüsen angeschwollen. T. H. 38.9.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	2	Genes.	—	Direkt.	3—4
217	R. W. i. V.	7½	weibl.	7. XII. 82	Croupöse Form. Dicker Tonsillar- u. Uvulabel. Drüsenanschwellung beiders. T. H. 39.5.	Chinol. Pilocarp. Inhalation. Pr. Umschläge.	6	Genes.	—	Indirekt.	?
218	Fr. H. i. R.	6	männl.	7. XII. 82	Croupöse Form. Beläge der Tonsillen, Uvulawurzel und Uvula. Beiders. schmerzhafte Drüsenanschwellung. T. H. 40.	Inhalation. Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	5	Genes.	—	Direkt.	3—6
219	S. Sch. i. R.	5	weibl.	7. XII. 82	Croupöse Form. Beiderseits Tonsillen u. Arcus dick belegt, ebenso die Spitze und hintere untere Fläche der Uvula. Drüsen beid. angesch. T. H. 39.6.	Pilocarp. Inhalation. Chinol. Pr. Umschläge.	4	Genes.	—	Direkt.	1—2
220	L. W. i. Dfr.	5	weibl.	21. XII. 82	Katarrhalische Form. Tonsillarbeläge. Drüsenanschwellung beiders. T. H. 38.7.	Chinol. Pilocarp. Pr. Umschläge.	3	Genes.	Gaumenlähmung.	Direkt.	6—10

221	Fr. W. i. N.	17	männl.	9. XII. 82	Croupöse Form. Beide Tonsillen u. zum Theil auch die Arcus belegt. Beiderseits die Submaxillardrüsen angeschwollen. T. H. 39.2.	Inhalation. Pilocarp. Gurg. m. Kal. chlor. Pr. Umschläge.	15	Genes.	—	Indirekt	?
222	F. Fl. i. B.	19	männl.	10.XII. 82	Croupöse Form. Tonsillen beiderseits belegt. Drüsen beiderseits angeschw. T. H. 38.4.	Chinol. Pilocarp. Gurg. m. Kal. chlor. Pr. Umschläge.	7	Genes.	—	Indirekt.	?
223	H.Sch. i. Ndd.	4	männl.	11.XII. 82	Katarrhalische Form. Tonsillen u. vordere Gaumenfläche belegt. Drüsen beiderseits angeschw. T. H. 39.1.	Chinol. Pilocarp. Pr. Umschläge. Inhalation.	7	Genes.	—	Direkt.	1—3
224	A.Sch. i. Ndd.	6	weibl.	11.XII. 82	Croupöse Form. Beläge des ganzen Rachenringes. Beiderseits Drüsen angeschw. T. H. 39.	Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	5	Genes.	—	Direkt.	1—3
225	L. W. i. M.	9	weibl.	13 XII. 82	Croupöse Form. Tonsillen und Uvula belegt. Drüsen sehr empfindlich beiderseits angeschwollen. T. H. 39.4.	Pilocarp. Inhalation. Chinol. Pr. Umschläge.	9	Genes.	Sehstörungen.	Direkt.	6—8
226	S. Th. l. W.	18	weibl.	14.XII. 82	Katarrhalische Form. Tonsillen streifenförm. belegt. Drüsen beiders. leicht angesch. T. H. 38.7.	Chinol. Pilocarp. Pr. Umschläge.	4	Genes.	—	Indirekt.	?
227	Cl. B. i. B.	10	weibl.	15.XII. 82	Croupöse Form. Beläge der Tonsillen, der Ränder der Uvula und der hintern Pharynxwand. Drüsen angeschwollen. T. H. 39.5.	Inhalation. Kal. acet. Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	10	Genes.	Nephritis	?	?

Nr.	Namen	Alter in Jahren	Geschlecht	Eintritt der Erkrg. resp. Behandlung	Art und Ort der Lokalaffektion	Behandlung	Dauer der Krankheit in Tagen	Ausgang	Oomplic. und Nach-Krankh.	Berührung mit Diphther. Kranken	Inkubationsdauer in Tagen
228	W. H. i. W.	20	männl.	15.XII. 82	Croupöse Form. Tonsillen bis zur Uvulawurzel belegt. Drüsen beiderseits angeschw. T. H. 38.3.	Pilocarp. Chinol. Gurg. m. Kal. chlor. Pr. Umschläge.	5	Genes.	—	Direkt.	2—14
229	El. E. i. Kl.	52	weibl.	16.XII. 82	Croupöse Form. Tonsillen, besonders rechterseits und Umgebung belegt. Drüsen besonders rechterseits angeschwollen und schmerzh. T. H. 38.4.	Chinol. Incision. Pilocarp. Gurg. m. Kal. chlor.	8	Genes.	Abs. tonsill.	Direkt.	3—4
230	F. Kr. i. M.	6	männl.	18.XII. 82	Croupöse Form. Beläge d. Tonsillen u. Uvula. Drüsen beiders. angeschw. T. H. 39.1.	Inhalation. Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	4	Genes.	—	Direkt.	2—6
231	H. Kr. i. M.	21	weibl.	18.XII. 82	Katarrhalische Form. Tonsillarbeläge. Leichte Drüsenanschw. beid. T. H. 38.7.	Chinol. Gurg. m. Kal. chlor. Pr. Umschläge.	3	Genes.	—	Direkt.	1—2
232	Fr. P. i. B.	8	männl.	20.XII. 82	Croupöse Form. Dicke Beläge der Tonsillen, der vorderen Gaumenfläche und der Uvula. Drüsenanschwellung beiders. T. H. 39.6.	Inhalation. Pilocarp. Chinol. Pr. Umschläge.	6	Genes.	—	Direkt.	3—6
233	Fr. Dr. i. D.	33	männl.	22.XII. 82	Croupöse Form. Beläge beider Tonsillen und der hintern Pharynxwand. Drüsenansch. beid. T. H. 38.7.	Chinol. Pilocarp. Gurg. m. Kal. chlor. Pr. Umschläge.	6	Genes.	—	Indirekt.	?

234	W. H. i. Kl.	21	männl.	23.XII. 81	Croupöse Form. Dicke Tonsillarbeläge. Beiderseitige Drüsenanschw. T. H. 39.	Chinol. Pilocarp. Gurg. m. Kal. chlor. Pr. Umschläge.	7	Genes.	—	Indirekt.	?
235	D. Sp. i. Kl.	25	männl.	26.XII. 82	Croupöse Form. Beläge der Tonsillen u. vordern Gaumenfläche. Beiderseits Drüsenanschw. T. H. 38.3.	Chinol. Pilocarp. Gurg. m. Kal. chlor. Pr. Umschläge	4	Genes.	Parese der Unterextremität	Direkt.	3—6
236	Fr. P. i. N.	9	männl.	27.XII. 82	Croupöse Form. Belag der Tonsillen und der ganzen Uvula. Drüsenanschwellung beiders. empfindlich. T. H. 38.8.	Pilocarp. Incision. Chinol. Inhalation. Pr. Umschläge.	6	Genes.	Scrotalabscess.	Indirekt.	?

Wie aus der Zusammenstellung hervorgeht, sind überhaupt erkrankt

236 Personen,
davon 124 männliche,
112 weibliche.

Eine besondere Empfänglichkeit für das diphtherische Virus kann man hiernach keinem der beiden Geschlechter zusprechen.

Der Altersstufe nach kam auf Personen

	männl.	weibl.
1) unter ½ Jahr	0	0
2) bis 1 Jahr	1	2
3) von 1—5 Jahren	28	30
4) von 5—15 Jahren	65	43
5) über 15 Jahren	30	37

Wenn *Oertel* (*Ziemss.* Handb. d. sp. Path. und Ther. II. 1. S. 701 u. ff.) behauptet, dass die Empfänglichkeit für Dipqtherie bei Kindern überhaupt sehr gross, bei solchen zwischen 3 und 4 Jahren am grössten sei, so weicht hier die Zusammenstellung nicht davon ab. Wenn in dem Zeitraum von 5—15 Jahren absolut mehr Erkrankungen aufgeführt sind, als bei 1—5 Jahren, so muss dabei auch in Betracht gezogen werden, dass jener Zeitraum eine 3 mal längere Dauer umfasst, als dieser.

Albu (l. ib.) hebt hervor, dass nach dem 4. Lebensjahre Knaben öfters erkrankten, als Mädchen: ein Verhalten, das hier seine Bestätigung findet, da im Alter von 5—15 Jahren auf 65 männliche 43 weibliche Erkrankungen kommen.

Wenn dagegen *Krieger* (Dispos. z. Katarrh. Croup. und Diphther.) meint, dass nach dem 15. Jahre Knaben in Folge ihrer Lebensweise und Beschäftigung öfter erkranken, als Mädchen, so findet das hier seine Bestätigung nicht.

Mit der Ansicht *Henoch's* (Vorlesung über Kinderkr. S. 644 u. ff.), dass die grösste Erkrankungsfrequenz auf das 2.—8. Jahr fällt, und der von *Seitz* (Lehrb. d. spec. Path. u. Ther.), dass das kindliche Alter überhaupt am stärksten von Diphtherie befallen

werde, einer Ansicht, die wohl allgemein als richtig angenommen wird, stimmen auch die hier gemachten Beobachtungen durchweg überein.

Wenn *Krieger* (l. ib.) weiter behauptet, dass bei Kindern unter $^1/_2$ Jahr die Disposition für Diphtherie fehle (einer Behauptung, der allerdings die gegentheiligen Erfahrungen *Henoch's* gegenüberstehen, wonach 4—6monatliche Kinder von idiopathischer Diphtherie befallen wurden), so kamen in Uebereinstimmung damit in den hier beobachteten Fällen Erkrankungen bei Kindern unter $^1/_2$ Jahr nicht vor.

Was die Sterblichkeitsverhältnisse betrifft, so ergibt sich, dass von 236 Fällen 27 tödtlich verliefen:

26 in unmittelbarer Folge der diphtherischen Erkrankung,

1 (F. 18) in Folge von Tuberculose, die sich in direktem Anschluss an die Diphtherie entwickelt hatte.

Der Fall (184), der ebenfalls in Folge von Tuberculose tödtlich endete, bei dem aber Diphtherie nur zeitweise zu schon bestehender Tuberculose sich hinzugesellt hatte, muss füglich ausgenommen werden.

Von diesen Todesfällen betrafen

das männliche Geschlecht 15,
das weibliche Geschlecht 12.

Eine wesentliche Verschiedenheit der Mortalität beider Geschlechter kann hiernach wohl ebenso wenig angenommen werden, als bei der Morbilität.

Bezüglich der verschiedenen Altersstufen fielen

1)	auf Kinder bis zu 1 Jahr	1	Todesfall,
2)	„ „ von 1—5 Jahren	15	Todesfälle,
3)	„ „ „ 5—15 „	9	„
4)	„ Erwachsene	2	„

In Procenten ausgedrückt, ergibt das

1) Mortalität überhaupt	=	27 : 236	=	11.4%,
2) bei Kindern bis 1 Jahr	=	1 : 3	=	33.3%,
3) „ „ von 1—5 Jahren	=	15 : 58	=	25.2%,
4) „ „ „ 5—15 „	=	9 : 108	=	8.3%,
5) „ Erwachsenen	=	2 : 62	=	2.5%.

Demme (Bericht über die Thätigkeit des *Jenner*'schen Kinderspitals von 1881) gibt an, es seien von 432 an Diphtherie erkrankten Kindern 82 gestorben = 20.1%. *Jakubasch* (B. klin. Wochens. Nr. 22 1881) hat 51.8% Todesfälle überhaupt herausgerechnet; *Settegast* (*Seitz-Niemeyer* l. c.) nimmt 58.4% Todesfälle bei Kindern, 15.0% bei Erwachsenan an, *Krönlein* (ibid.) wieder 66.4% überhaupt.

So sehr nun diese Autoren in den konkreten Zahlen differiren, namentlich z. B. *Demme* und *Krönlein*, so stimmen sie darin alle überein, dass die Mortalität um so grösser sei, je kleiner die Patienten. Mit diesem allgemeinen Satze stimmt das Facit unserer Zusammenstellung auch überein. Wenn letztere im Uebrigen eine viel geringere Sterblichkeitsziffer hat, so mag dies seinen Grund darin haben, einmal dass die dieser Berechnung zu Grunde liegende Zahl eine nur geringe ist, dann dass der Charakter der beobachteten Epidemie ein sehr gutartiger gewesen sein mag. Die Annahme, dass bei jenen Berechnungen immer klinisches Material benutzt worden sei, und dass in Kliniken vorzugsweise schwere Fälle aufgenommen und beobachtet wurden, kann desshalb bei der Mortalitätsberechnung hier nicht ins Gewicht fallen, weil z. B. *Settegast* und *Demme* beide sich auf klinisches Material stützen und doch so bedeutend in ihren Angaben abweichen. Jedenfalls muss aber der Unterschied im Procentsatze der Sterblichkeit hervorgehoben werden zum Beweise, dass bis jetzt noch keine auch nur einigermassen allgemein gültigen Zahlen dafür aufgestellt sind; vielleicht hängt die Sterblichkeit so sehr von dem Charakter der Epidemien und

von äusseren Umständen ab, dass sich auch keine allgemein gültige Zahl für sie aufstellen lässt.

Wenn von verschiedenen Seiten, z. B. neuerdings von *Guttmann* (B. kl. Wochenschr. 4. Oct. 1880) und *Seiffert* (B. klin. Wochenschr. 22. 23. 24. 82) für eine mehr oder weniger grosse Zahl von Diphtherie-Erkrankungen die Mortalität = 0 angegeben werden konnte, so sind dies jedenfalls nur glückliche Zufälle, die bei einer längeren Beobachtungsreihe nicht Stand halten.

Bezüglich der Todesart, an der die Diphtherie-Kranken in ungünstigen Fällen schliesslich zu Grunde gingen, gibt *Friedländer* (B. klin. Wochenschr. J. 82 S. 112) auf Grund von 94 Autopsien an, dass unter diesen 94 allein 80 an Verlegung des Respirationstraktus (Schwellung, croupöse Ausscheidungen, Hepat. der Alveolen etc.), nur sehr wenige an Herzlähmung in Folge von Allgemeininfection, oder endlich an schwerer Nephritis gestorben seien.

In den hier angegebenen Fällen war es leider der Ungunst äusserer Verhältnisse halber nicht möglich, den letzten Todesgrund so weit als thunlich durch die Sektion festzustellen; den Beobachtungen der Kranken und Sterbenden nach fanden sich jedoch andere, von *Friedländer* abweichende Verhältnisse.

Es starben nämlich

1) in Folge von Verlegung des Respirationstractus 11, davon 3 nach geschehener Tracheotomie;

2) an Collaps in Folge von Allgemeininfektion 11;

3) an Nephritis 4;

4) an Nachkrankheiten (Tuberculose) 1.

Zu bemerken ist dabei zunächst, dass bei allen 11 Fällen der ersten Kategorie bei eintretender Erstickung die Tracheotomie vorgeschlagen, aber in 8 Fällen zurückgewiesen wurde. Bei den 3 nach geschehener Tracheotomie Gestorbenen hatte sich der Krankheitsprocess nach abwärts in die Bronchialäste weiter verbreitet, theilweise bis zur Ausbildung von Broncho-Pneumonie; dabei konnte, entsprechend den Angaben von *Bartels*, vorzüglich

eine Erkrankung der hinteren unteren Lungen-, resp. Bronchialtheile, am wenigsten der vorderen mittleren nachgewiesen werden.

Unter den 11 Fällen, die als an „Collaps“ gestorben bezeichnet sind, wurden 4 deutlich verschiedene Typen beobachtet. In einem Falle (F. 117) wurde ein 1jähriges, schwach gebautes und schlecht ernährtes Kind von Rachendiphtherie befallen. Dasselbe starb, nachdem weder eine Complication der Lokalaffection, noch ein besonders hohes Fieber sich eingestellt hatte, am 2. Tage an Erschöpfung. Hier hatte offenbar, ohne dass eine besonders starke Allgemeininfection angenommen zu werden braucht, die blosse akute Krankheit die geringen Kräfte vollkommen erschöpft.

In einem 2. Falle (F. 151) hatte sich unter mässigem Fieber (die Fieberhöhe betrug 39) ein streifenförmiger Belag beider Tonsillen gebildet, der rechterseits sich bis zur Wurzel der Uvula erstreckte. Der Verlauf der Krankheit schien ein günstiger zu sein, als plötzlich am 4. Tage, ohne dass vorher eine Veränderung des Zustandes bemerkt worden war, beim Aufstehen aus dem Bette die Kranke todt umfiel. Da eine Sektion nicht gestattet wurde, so kann man nur Vermuthungen über diesen plötzlichen Tod anstellen, vielleicht der Art, dass man an eine, in Folge von Endocardit. diphtherit. aufgetretene Embolie denkt.

Eine dritte hierher gehörige Todesart wurde repräsentirt durch das Ende zweier Erwachsener, die auffallender Weise Geschwister waren. Es erkrankten (F. 133) der 35jährige R. in W. am 10. V. 83 und die 28jährige Q., geb. R., in R. (F. 146) am 12. VI. 83 plötzlich unter leichtem Frösteln, Kopfschmerzen und geringen Halsbeschwerden. Am Racheneingang bemerkte man bei Beiden anfangs nur eine diffuse Röthe, erst am folgenden Tage einen leichten weissen Anflug; bei Beiden nahm aber das Fieber eine hedeutende Höhe an; bei R. anfangs 40.5, stieg am folgenden Abend auf 43; die Pulsfrequenz betrug an diesem Abend 160; am andern Morgen gegen 4 Uhr trat der Tod ein.

Bei Q. war die Temperatur am ersten Abend 40.8, stellte sich an den folgenden Tagen so, dass sie bis 41.5 anstieg, gegen Morgen nicht unter 40 fiel; der Puls hatte 140—160 Schläge, war leicht unterdrückbar; am 4. Tage trat der Tod ein.

In diesen beiden Fällen handelte es sich offenbar um akute heftige diphtherische Allgemeininfection, bei der der lokale Process in keinem Verhältniss zur Allgemeinerkrankung stand. Solche Fälle könnten wohl geeignet sein, die Diphtherie als eine Allgemeinerkrankung anzusprechen, die sich an gewissen Schleimhautstellen nachträglich lokal äussert.

Die 4. Kategorie endlich umfasst solche Fälle, bei denen der lokale Process, ohne auf den Larynx etwa überzugehen, am Rachenring in die Weite und die Tiefe fortschritt und bei denen entsprechend der Verschlimmerung der Lokalaffektion auch eine Verschlimmerung des Allgemeinzustandes, namentlich der Herzschwäche eintrat.

Diese Fälle könnte man im Vergleich zur dritten Kategorie als subacute sekundäre diphtherische Allgemeininfektion bezeichnen. In einem Falle nur (F. 79) wurde ein septischer Zerfall der diphtherischen Membranen, ohne gangränösen Zerfall der darunter liegenden Schleimhaut beobachtet, genau so, wie es von *Oertel* (l. c.) beschrieben worden ist; in diesem Falle handelte es sich also um eine septische Allgemeininfektion.

Was die Dauer der Krankheit betrifft, ehe der Tod eintrat, so war ein Unterschied bemerkbar je nach der Todesart. Die an Suffocat. ohne Tracheotomie Gestorbenen lebten nach Ausbruch der Krankheit zwischen 2—9 Tage, durchschnittlich 7,5 Tage, merkwürdiger Weise länger, als die nach geschehener Tracheotomie Gestorbenen; letztere lebten nämlich durchschnittlich seit Auftreten der Krankheit nur 7 Tage.

Die an Collaps Gestorbenen litten zwischen 2—8 Tage, durchschnittlich 3,8 Tage.

Die endlich an Nephritis Gestorbenen zeigten eine Krankheitsdauer von 7—15 Tagen, durchschnittlich 9,5 Tage.

Bezüglich der Ansteckung der Diphtherie und der Disposition der einzelnen Individuen für Diphtherie herrschen bekanntlich sehr verschiedene Ansichten. Es wurde in den hier vorgekommenen Fällen so viel als möglich auf beide Faktoren zu achten gesucht.

Wenn Dr. *J. R. Black* zu Newark (*Schmidt's* Jahrb. 1881. 12. S. 282) die These aufstellt: „Jedes diphtherit. Exsudat entwickelt sich auf dem Boden einer konstitutionellen Krankheit; wo letztere fehlt, kommt auch keine Diphtheritis vor", so steht er jedenfalls mit dieser durch nichts bewiesenen Behauptung so allein da, wie seinerzeit sein College mit der Behauptung: „Jede Metritis, Peri- und Parametritis entwickele sich nur nach einer Gonorrhoeinfektion." Etwas Derartiges konnte hier wenigstens nicht wahrgenommen werden, dagegen liess sich eine gewisse individuelle Disposition, die, wie nachher durch Beispiele belegt werden soll, zuweilen in auffallender Weise in Scene trat, nicht verkennen.

Diese Dispositionsverhältnisse hat in sehr bestechender, wenn auch in vielleicht nicht überall zutreffender Weise *Krieger* erörtert in seinem schon erwähnten Buche: „Disposit. z. Katarrh., Croup. u. Diphtherie der Luftwege." Er kommt dort auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schlusse: „dass jede Altersstufe ihre Disposition zu verschiedenen Krankheiten habe, dass z. B. die Disposition zur Diphtherie sich erst im 2. Halbjahr des Lebens entwickele, und dass ihr Maximen auf das 5.—10. Jahr falle; dass ausserdem in jeder Altersstufe noch die individuelle Disposition hervortrete; dass durch Nichtberücksichtigung dieser beiden Dispositionen die so differenten Ansichten über die Contagiosität der Diphtherie entstanden seien; dass Quantität und Qualität des diphther. Virus als eine konstante Grösse anzunehmen sei, und dass die Schwere der Erkrankung abhänge von der Grösse der Disposition."

„Nun aber, fährt er fort, „seien diese beiden Dispositionen, vorzüglich die individuelle künstlich verschoben worden durch

ein „künstliches Klima“, durch Heizungs- und Bekleidungsänderungen. Namentlich sei es der Unterschied und Wechsel zwischen dem Aussen- und Stubenklima, das deletär auf die Dispositionsverhältnisse einwirke. In den kalten und feuchten Monaten (Oct.—Dec.), in denen der Aufenthalt in den warmen, trockenen Zimmern vorzugsweise gesucht werde, erreiche die Zahl der Diphtherie-Kranken ihr Maximum. Früher, als die Bekleidung und Heizung schlechter gewesen sei, sei in manchen Gegenden die Diphtherie unbekannt gewesen; in dem Grade, als z. B. die Wollbekleidung allgemeiner geworden, habe auch die Diphtherie weiter um sich gegriffen.“

Gerade die letzten Auseinandersetzungen haben für die hiesige Gegend etwas sehr Zutreffendes.

Soweit in Erfahrung gebracht werden konnte, ist die Diphtherie in den Dörfern, in denen die hier aufgeführten Fälle vorkamen, erst seit einigen 30 Jahren aufgetreten (es hat dort allerdings lange Jahre hindurch ein alter homöopathischer Arzt gehaust, der alle fieberhaften Erkrankungen als „gastrisch-rheumatisches Fieber“ zu bezeichnen pflegte). Bis zu jener Zeit waren diese Dörfer vom nächsten Bahnhofe ungefähr 4 Stunden entfernt, Chausseen waren nicht vorhanden, die gewöhnlichen Wege grundlos. Dieser Verkehrserschwerungen halber wurden zum Brennen nicht die erst anzufahrenden Steinkohlen benutzt, sondern das, geringe Hitze erzeugende, sogenannte Schlag- und Knüppelholz, und das wurde meistens noch auf offenen Herden abgebrannt. Dass da die Leute, statt in den rauchigen und wenig erwärmten Stuben zu bleiben, es vorzogen, auch in den kälteren Monaten im Freien sich vielfach aufzuhalten, ist nicht zu verwundern. Die Kleidung bestand bis zu jener Zeit aus selbstverfertigten Leinenstoffen; wollene Bekleidungsstoffe sind erst in den letzten Jahren allgemein geworden. Nun kann in diesen Dörfern und ihrer Umgebung verfolgt werden, wie mit der Besserung der Heizungs- und Bekleidungsversältnisse auch die Diphtherie thatsächlich sich von Jahr zu Jahr weiter verbreitet hat.

Es liegt allerdings für diese Thatsachen ein anderer Erklärungsgrund auch ziemlich nahe, der: dass die Besserung aller äusseren Lebensverhältnisse im geraden Verhältnisse steht zur Ausbreitung des Verkehrs, und dass darin jedenfalls, wie für alle epidemischen Krankheiten, so auch für die Verbreitung der Diphtherie ein wichtiges Moment zu suchen ist.

Die Ansicht *Krieger's*, dass das Maximum der Diphtherie-Erkrankungen auf October—December falle, kann durch die hier gegebene Zusammenstellung nicht bestätigt werden. Es kommen nämlich vor in

	Erkrankungen	Todesfälle
Januar	33	4
Februar	41	5
März	18	1
April	26	8
Mai	20	3
Juni	8	1
Juli	16	1
August	4	—
September	9	1
October	21	3
November	15	1
December	24	—

Dementsprechend folgen sich die Monate nach der Frequenz

der Erkrankung	der Todesfälle
Februar	April
Januar	Februar
April	Januar
December	Mai, October
October	März
Mai	Juli
Juli	Juni, November
November	August
September	December
Juni	

Die meisten Erkrankungen und Todesfälle kommen darnach allerdings auch in den kälteren und feuchten Monaten vor, dabei

figurirt aber z. B. der November als ein so günstiger Monat, dass man der Ansicht *Henoch's* zuneigen muss: Diphtherie kommt in allen Jahreszeiten und Monaten vor! *Oertel* (l. c.) spricht dem Klima, den Boden- und Witterungsverhältnissen jeden merklichen Einfluss ab, während *Krieger* (s. o.) diesen allerdings keinen direkten, aber, wie oben ausgeführt wurde, einen grossen indirekten Einfluss zuspricht.

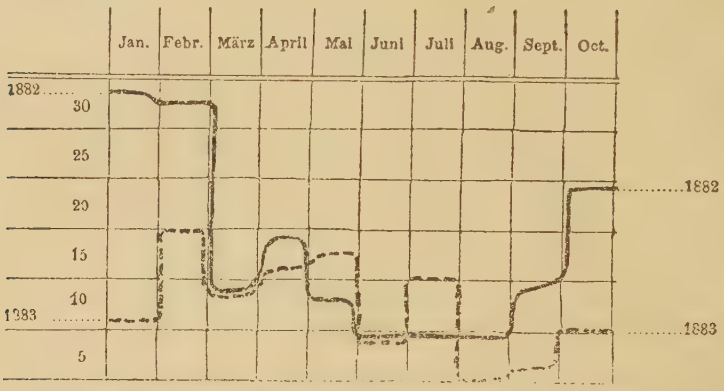
In der That, wenn Sümpfe und mangelnde Abwässerungen an und für sich von günstigem Einflusse auf die Verbreitung und das Auftreten von Diphtherie wären, so müsste in den hiesigen Dörfern diese Krankheit von Ewigkeit her ihr Standquartier aufgeschlagen haben.

Wibmer weiter (Statist. Bericht über die Münchener Epidemie 1864—68) fand in Bezug auf die Zahl der Erkrankungen die Monate September—December bevorzugt. Man erhält, wenn man alle diese Berichte zusammenstellt, über die Frage, in welchem Monate die grösste Sterblichkeits-, resp. Erkrankungsfrequenz an Diphtherie vorkomme, dieselbe unbestimmte Antwort wie z. B. auf die Frage nach dem Procentsatze der Sterblichkeit an dieser Krankheit überhaupt.

Wie wenig zutreffend und andererseits wie zufällig übereinstimmend solche allgemeine Daten sein können, erhellt z. B. auch aus der folgenden Zusammenstellung der vorgekommenen Krankheitsfälle in den ersten 10 Monaten der Jahre 1882 und 1883.

	1882	1883
Januar	27	6
Februar	26	15
März	9	9
April	14	11
Mai	8	12
Juni	4	4
Juli	4	10
August	4	—
September	8	1
October	18	5

Auf graphische Weise dargestellt, würde daraus die folgende Figur entstehen:



Bei dieser grossen Verschiedenheit in den Angaben bezüglich der Erkrankungszahl an Diphtherie in den einzelnen Monaten können natürlich die, zum Theil wenigstens auf diese Verhältnisse basirenden Auseinandersetzungen *Krieger's* betreffend die künstliche Dispositionsverschiebung keinen Anspruch auf allgemeine Gültigkeit haben.

Bezüglich der individuellen Disposition konnten bei den hier Erkrankten und Solchen, die ohne Schaden ihrer Gesundheit mit den Erkrankten in Berührung gekommen waren, Thatsachen ermittelt werden, die sich kaum anders als mit ihrer Zuhilfenahme erklären lassen.

Eine erste Reihe von Individuen fand sich, die vollständige Immunität gegen Diphtherie zu besitzen schien. So war z. B. eine 14jährige W. in V., deren beide Schwestern (F. 16 und 19) im Alter von 16 resp. 20 Jahren, die eine am 21., die andere am 23. Jan. 82 an Rachendiphtherie schwer erkrankten, wiederholt mit Diphtherie-Kranken in Berührung gekommen, hatte fortwährend mit ihren kranken Schwestern verkehrt, mit der einen sogar während der Krankheit in demselben Bette geschlafen, später dann noch bei benachbarten erkrankten Kindern die Pinselungen der Halsorgane besorgt: ohne je irgendwie, auch noch so leicht krank zu werden.

Es soll dieser Fall als solcher nicht besonders hervorgehoben, sondern nur als Typus angeführt werden, wie er sich dutzendweise wiederholte.

In anderen, ebenfalls zahlreichen Fällen traten, wenn auch leichtere, diphtherische Erkrankungen auf, sobald die betreffenden Personen scheinbar nur in die Nähe von Kranken gekommen waren. Dahin gehört z. B. die 18jährige S. W. (F. 112), die 3 mal in 3 Monaten, und der 13jährige Fr. H. (F. 85), der sogar 4 mal in $^1/_2$ Jahr an Rachendiphtherie erkrankte.

Aus diesen Beobachtungen geht auch zur Evidenz hervor, dass ein einmaliges Ueberstehen der Diphtherie nicht nur keine Immunität vor weiteren Erkrankungen gewährt, sondern in einzelnen Fällen die Disposition zur Diphtherie geradezu zu vergrössern scheint.

In einer dritten Reihe von Fällen endlich erkrankten die Betroffenen, wenn sie vielleicht auch von nur sehr leicht Erkrankten inficirt worden waren, gleich an schwerer, selbst tödtlicher Diphtherie. Zwei frappante Fälle, bei denen man nicht nur eine individuelle, sondern eine Familiendisposition annehmen möchte, sind die schon erwähnten Geschwister R. (F. 133 und 146), die über 1 Stunde weit getrennt von einander wohnten, sich gegenseitig nicht besucht, also auch wohl nicht inficirt hatten, wofür auch noch der Umstand spricht, dass der 35jährige R. schon am 12. Mai 82 gestorben war, während die 28jährige Schwester erst am 12. Juni 82 erkrankte, und welche beide an akuter Allgemeininfektion bei ganz geringer Lokalaffektion in wenigen Tagen zu Grunde gingen.

Einige Tage nach dem Tode des R. war dessen Ehefrau, die sich zu ihren Verwandten begeben hatte an einen Ort, an dem seit langer Zeit keine Diphtherie vorgekommen war, an ganz leichter, nur einige Tage anhaltender Angina ohne nennenswerthe diphtherische Beläge erkrankt. Auf solche Vorkommnisse hin könnte man *Krieger* wohl zustimmen, wenn er meint: das diphtherische Virus ist konstant, die Schwere der Erkrankung ist nur bedingt durch die Grösse der Disposition.

Die Hauptursache aber zur factischen Entstehung der idiopathischen Diphtherie ist nach allgemeiner Meinung das specifische diphtherische Virus.

Ob nun, wie eine Reihe von Autoren meinen, wie z. B. *Senator, Buhl,* die Diphtherie primär eine Allgemeininfektion, wie Scharlach und die anderen acuten Exanthemen, und die Lokalaffektion erst sekundärer Natur sei; oder ob sie, nach *Hueter, Oertel, Letzerich, Nassiloff, Levin, Klebs* u. a. m. primär ein lokaler Process sei und erst im weiteren Verlaufe zur Allgemeininfektion werde; oder ob sie endlich, wie *Rindfleisch* (Lehrb. d. patholog. Gewebelehre S. 303 ff.) gleichsam vermittelnd sagt, in erster Linie eine Allgemeininfektion sei, und erst in zweiter Linie, aber auch noch primär, lokale Veränderungen an den Eingangs- und Ansiedelungspunkten des diphtherischen Virus hervorrufe: darüber zu entscheiden oder auch nur begründete Vermuthungen aufzustellen, boten weder die beobachteten Fälle Anhaltspunkte, noch würden wir das wagen, obwohl die von *Oertel* angestellten Impfversuche etwas sehr Ueberzeugendes haben, nach welchen der durch Impfung erzeugte diphtherische Process immer zuerst an der Impfstelle auftrat, mochte dieselbe nun in einer Schleimhaut oder z. B. in einem Muskel sich befinden, und niemals, wie z. B. das Rotzgift, immer an denselben Stellen lokal sich äusserte. Ebenso wenig konnte irgend welcher Aufschluss darüber gefunden werden,

ob die diphtherische Noxe ein Pilz sei, wie ihn *Letzerich, Hueter, Oertel* u. a. m. beschrieben, welch letzterer sogar behauptet (Pathol.-anat. Diagn. S. 174), Derjenige, der den Micrococc. diphther. nicht sehen könne, könne nicht microscopiren; wie ihn *Konr. Küster* (B. klin. Wochs. 27. 81. S. 319) sich vielleicht als mit dicken knolligen Wurzeln versehen vorstellt, da er meint, Muskelkontraktionen könnten sein Eindringen in die Gewebe verhindern; wie ihn *Rindfleisch* (l. c.) beschreibt als zu den Schizomyceten gehö-

rigen Micrococcus diphtheriticus und ihn summarisch abbildet; wie ihn *Oertel* (l. c.) ebenfalls beschreibt und in verschiedenen Detailformen und Stellungen bildlich darstellt; wie ihn endlich *Henoch* (B. klin. Wochs. 40. 82. S. 532) im Geiste ahnt, ihn als vielleicht auffindbar, aber noch nicht aufgefunden bezeichnet;

ferner auch nicht darüber, falls die Noxen Pilze sind, wie dieselben dann wirken, ob durch direkte Spaltungen in den Moleculen des Gewebes und des Blutes; ob sich Assimilationsprodukte in ihnen bilden und in ihnen eingeschlossen bleiben oder auswandern; ob sie die Rollen eines Oxydations- oder Reduktionsfermentes übernehmen u. s. w. und

endlich auch nicht darüber, ob vielleicht noch *Weigert* und *Schweninger* Recht haben, welche den Micrococcus diphth. als nebensächlich und zur Entstehung der Diphtherie als unnöthig bezeichnen.

Wohl aber konnte festgestellt werden zunächst die direkte Uebertragung der Diphtherie von Kranken auf Gesunde. Von den 236 Erkrankungen konnten 213 als im Zusammenhange mit anderen Erkrankungen stehend nachgewiesen werden, und zwar

145 in direktem,

64 in indirektem,

d. h. durch Mittelspersonen herbeigeführten Zusammenhange.

Seitz lässt es zweifelhaft, ob Diphtherie von Kranken auf Gesunde durch dritte gesunde Personen übertragen werden könnte; *Henoch* bestreitet es. Den diesseitigen Beobachtungen nach muss eine solche Uebertragung als thatsächlich angenommen werden. Ein Fall besass fast den Charakter eines Experimentes. L. K., das 4jährige, einzige Kind eines auf weite Strecken von seinen Nachbarn entfernt wohnenden Gutsbesitzers, war zur Zeit, als im benachbarten Dorfe die Diphtherie auftrat, fast $^1/_2$ Jahr lang nicht vom Gute entfernt gewesen, wurde dann natürlich erst recht zu Hause behalten; mit fremden Kindern hatte sie keinen Verkehr; von den übrigen Gutsbewohnern und Gutsbesuchern

hatte Niemand weder vorher noch nachher, auf mehrere Wochen hin, an Halsbeschwerden gelitten. Am 31. Januar nun besuchte eine Magd ihre Schwester, deren Kinder zufällig an Diphtherie krank lagen, und am 4. Febr. erkrankte L. K. an idiopathischer Rachendiphtherie, während die betreffende Magd keinerlei auch noch so geringe Hals- oder Allgemeinbeschwerden gehabt hat. Die Lokalaffektion bei diesem Kinde bestand in zusammenhängenden, die Tonsillen und die Uvula überziehenden Belägen, die Fieberhöhe betrug 39,6. Zehn Tage nach Ablauf der Lokalerkrankung traten Lähmungserscheinungen des weichen Gaumen auf, die etwa 3 Wochen bestehen blieben. Ein Zweifel an der Natur dieser Krankheit kann demnach nicht aufkommen.

Von den übrigen 25 Kranken dann, bei denen ein Zusammenhang mit anderen Diphtheriekranken nicht konstatirt werden konnte, waren 19 in Häusern oder Zimmern gewesen, in denen nicht sehr lange vorher Diphtherie geherrscht hatte. Wenn man damit *Foerster's* Beobachtungen im Dresdener Kinderspitale vergleicht (Archiv S. Kinderheil. B. 40 5. Heft), nach welchen sich das diphtherische Virus in dem in den Ritzen des Fussbodens liegenden Staube lange Zeit hindurch erhalten und immer neue Erkrankungen hervorgerufen hatte: so können auch diese 19 Erkrankungen noch als indirekte Ansteckungen bezeichnet werden.

Es blieben somit nur 5 Fälle übrig, bei denen man mit *Seitz* eine spontane Entstehung des diphtherischen Virus annehmen müsste.

In 3 Fällen traten in Häusern, in denen Diphtherie geherrscht hatte, nach Verlauf von mehreren Wochen bis Monaten neue Erkrankungen auf. Dieselben könnten auch in ähnlicher Weise, wie *Förster* es beobachtet hatte, entstanden sein; allein es konnte in allen Fällen auch noch ein frischer direkter Zusammenhang mit Diphtherie-Kranken konstatirt werden.

Ueber die Inkubationsdauer des diphtherischen Contagium konnten im Allgemeinen nur annähernde Zeitbestimmungen festgestellt werden; nur in 22 Fällen schien der Zeitpunkt der In-

fektion und der des Ausbruchs der Krankheit mit ziemlicher Sicherheit angegeben werden zu können.

Von diesen hatten

1	eine	Inkubationsdauer	von	1 Tag,
8	„	„	„	2 Tagen,
2	„	„	„	3 „
2	„	„	„	4 „
5	„	„	„	5 „
3	„	„	„	6 „
1	„	„	„	8 „

In den übrigen Fällen, in denen Anhaltspunkte für die Inkubationsdauer gefunden werden konnten, schwankte letztere zwischen 1—15 Tagen.

Seitz gibt die Inkubationsdauer auf 2—8 Tagen an, *Henoch* lässt sie ganz unbestimmt, *Bartels* und *Oertel* nehmen das Mittel derselben zu 2—5 Tagen an, lassen dieselbe im speciellen Falle abhängig sein: von der Menge und Intensität des Contagium und von der Beschaffenheit der Schleimhautflächen mit Rücksicht auf die mehr oder weniger leichte Haftung und Entwickelung des Contagium.

Einigermassen bestimmte Angaben existiren also über die Inkubationsdauer auch nicht und lassen sich bei der grossen individuellen Verschiedenheit vielleicht auch nicht aufstellen.

Was nun den diphtherischen Krankheitsprocess selbst betrifft, so herrscht grosse Meinungsverschiedenheit selbst noch darüber, was man unter „Diphtheritis“ verstehen soll.

Es soll und kann bei dieser Gelegenheit unsererseits natürlich am wenigsten auch nur der Versuch gemacht werden, den Autoren in irgend einer Weise dazwischen zu reden; aber zur Orientirung müssen wenigstens einige Vorbemerkungen gemacht werden.

Es ist ja schon seit geraumer Zeit Gebrauch, dass Derjenige, der nur das Wort Diphtheritis öffentlich ausspricht, gleich um

sein Credo in Betreff seiner Begriffsverbindung mit diesem Worte gefragt wird.

Seitdem *Virchow* dem von *Brétonneau* eingeführten Worte Diphtheritis einen pathologisch-anatomischen Begriff gegeben hat und zu anderen ähnlichen pathologisch-anatomischen Befunden in Gegensatz gesetzt, der Art, dass

Diphtheritis eine pseudo-membranöse Necrose der Schleimhaut,
Croup eine auf die Oberfläche der Schleimhaut gesetzte Excudatmasse bezeichnen soll:

hat es eine Unmasse von Abhandlungen und Diskussionen gegeben, in denen einestheils der klinische Begriff Diphtheritis mit dem pathologisch-anatomischen sich decken, und Alles, was sich nicht damit deckt, nicht Diphtheritis sein soll, und in denen anderntheils behauptet wird, der klinische Begriff Diphtheritis sei durchaus nicht identisch zu nehmen mit dem pathologisch-anatomischen Begriff, es existire überhaupt ein durchgreifender Unterschied zwischen croupös und diphtheritisch nicht in dem von *Virchow* und mit besonderem Nachdruck auch jüngst von *Jürgens* (B. klin. Wochens. Nr. 40. 82) betonten Sinne, vielmehr habe der Unterschied seinen Grund in der Verschiedenheit der anatomischen Beschaffenheit des Ursprungsortes, speciell hänge es davon ab, ob die erkrankte Schleimhaut Pflasterepithel oder Cylinderepithel mit Basalmembran besitze.

Jetzt hat man sich so ziemlich dahin geeinigt, dass man (c. f. *Rindfleisch*, Gewebelehre etc., *Henoch*, Vorles. über Kinderkrankheiten, *Oertel*, *Ziemsen's* Handb. Diphth. II., u. a. m.) unter Diphtheritis eine ätiologische Kategorie versteht, bei der ausser dem Allgemeinleiden Lokalaffektionen vorkommen, die nach pathologisch-anatomischer Bezeichnung sowohl katarrhalisch als croupös, als diphtheritisch, als gangränös bezeichnet werden müssen. Dadurch hat das Wort „Diphtheritis“ zwei grundverschiedene Bedeutungen erhalten, und man hat desshalb verschiedentlich versucht, diesem Uehelstande dadurch abzuhelfen, dass man dem klinischen Begriff „Diphtheritis“ einen anderen Namen gab.

Henoch schlug vor, in diesem Falle „Diphtherie“ zu sagen, *Senator:* Synanche contagiosa, *Oertel:* ebenfalls Synanche oder Kynanche contagiosa.

Abgesehen von dem, wenig an der Sache ändernden Worte „Diphtherie“ hat sich bis jetzt keine andere Bezeichnung einbürgern wollen.

In der hier gegebenen Zusammenstellung ist zur Bezeichnung des klinischen Krankheitsprocesses die Bezeichnung „Diphtherie“ gebraucht worden, ganz abgesehen von der etymologischen und pathologisch-anatomischen Bedeutung dieses Wortes. Andererseits wäre es ja auch unthunlich, von „katarrhalischer, croupöser etc. Diphtherie“ zu reden, ebenso, wie es ja z. B. unthunlich ist, von einem „trockenen Katarrh“ zu sprechen.

Bezüglich des Ortes, an dem die Diphtherie zuerst sich lokal äussert, wird bekanntlich von allen Autoren angegeben, dass nicht nur jede zugängliche Schleimhaut, sondern z. B. auch jede zufällig vorhandene Wunde gelegentlich zuerst erkranken kann.

Unter unseren 236 Fällen trat die Diphtherie primär

232 mal als Rachendiphtherie auf = 98.2 %,
2 mal als Nasendiphtherie = 0.9 %,
2 mal als Larynxdiphtherie = 0.9 %.

Oertel, ebenso *Henoch*, *Seitz* etc. (l. c.) stellen von der Rachendiphtherie 4 Formen auf:

1) die katarrhalische
2) die croupöse
3) die septische
4) die gangränöse

} Form.

Am häufigsten kommen ihren Angaben nach die beiden ersten Formen vor, sehr selten die letzte Form. Unserer Zusammenstellung nach fanden sich unter 232 Fällen

52 katarrhalische = 23.5 %,
175 croupöse = 75.8 %,
1 septischer = 0.5 %.

Die gangränöse Form wurde gar nicht beobachtet, wenn man nicht einen Fall (97) hierher rechnen will, bei dem rechterseits an der Uvula sich ein merklicher Substanzverlust unter der bedeckenden Pseudomembran ausgebildet und auf dessen Grunde sich nach Abheilung des diphtherischen Processes ein Narbengewebe gebildet hatte.

Wie aus der folgenden Tabelle hervorgeht, vertheilen sich die katarrhalischen und croupösen Formen, und zwar sowohl im Verhältniss zur Anzahl der Erkrankungen überhaupt als auch im gegenseitigen Verhältniss, auf die verschiedenen Monate ungefähr in demselben Verhältnisse, als in diesen Monaten Diphtherie-Erkrankungen überhaupt vorkamen, und wieder sowohl bezüglich der in den einzelnen Monaten überhaupt, als in den Monaten des Jahres 1882 und 83 getrennt vorgekommenen Anzahl von Diphtheriekranken.

Monat	Erkrankungen überhaupt			Croupöse Form			Katarrhal. Form			Sept. Form	Gangr. Form	Todesfälle			Diphther. laryng.			Diphther. nar.			Tuben-Diphther.	Nachkrankheiten		
	Sa.	82	83	Sa.	82	83	Sa.	82	83			Sa.	82	83	Sa.	82	83	Sa.	82	83		Sa.	82	83
Januar	33	27	6	26	21	4	8	6	2	—	—	4	4	—	3	2	1	2	2	—	—	9	9	—
Februar	41	26	15	27	17	0	14	9	5	—	—	5	1	4	6	2	4	2	1	1	1 (82)	10	8	2
März	18	9	9	20	14	6	5	2	3	1 (82)	—	1	1	—	1	—	1	1	1	—	—	3	1	2
April	25	14	11	14	6	8	6	1	5	—	—	7	4	3	5	3	2	—	—	—	1 (82)	7	5	2
Mai	20	8	12	4	—	4	6	2	4	—	—	3	1	2	2	2	—	1	1	—	—	7	2	5
Juni	8	4	4	12	5	7	3	3	—	—	—	1	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Juli	16	4	10	3	3	—	4	1	3	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	2
August	4	4	—	7	7	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
September	9	8	1	16	12	4	1	1	—	—	1 (82)	1	1	—	2	2	1	—	—	—	—	2	2	—
October	23	18	5	12	7	6	5	4	1	—	—	1	1	—	1	1	—	—	—	—	—	5	5	—
November	15	15	?	3	13	?	2	2	?	—	—	3	3	—	—	—	?	—	—	?	—	6	6	?
December	24	24	?	18	18	?	5	5	?	—	—	—	—	?	—	—	?	—	—	?	2	6	6	?
Summa	236	163	73	179	125	50	60	38	38	1	1	27	17	10	21	12	9	6	5	1	2	59	45	13

Was die Art des Auftretens und der Verbreitung des diphtherischen Krankheitsprocesses betrifft, so waren in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zuerst die Mandeln befallen, und zwar gewöhnlich beiderseits. War der Belag zuerst bloss einseitig, so dauerte es doch gewöhnlich nur Stunden, bis auch die andere Seite weissgelbe Flecken zeigte. Nur 3mal blieb der Process auf eine Seite beschränkt (Fall 42, 82 und 139). Diese Fälle müssen aber als wirklich diphtherische aufgefasst werden, da 2mal (42 und 139) bei erkrankten Geschwistern gleichzeitig die idiopathische Diphtherie charakteristisch ausgebildet war und im 3. Fall (82) eine direkte Infektion konstatirt werden konnte. Breitete sich der Process weiter aus, so war der Gang in der Regel der, dass die ursprünglich aus isolirten, gelbweissen Pünktchen bestehenden Tonsillenbeläge zusammenflossen, und dass dann diese Pseudomembranen über die Arcus zur Uvula sich vorschoben und die Uvula dann streifen- oder selbst fingerhutartig überzogen.

In einigen Fällen wurde, nachdem der Process auf den Tonsillen schon einige Tage bestanden hatte, ein aus kleinsten Pünktchen bestehender reifähnlicher Anflug der Arcus und der Uvula gefunden. Diese Fälle nahmen regelmässig einen schweren Verlauf; in wenigen Stunden hatte sich der Anflug zu dicken Belägen ausgebildet und zeigte dann die grösste Neigung, in kürzester Zeit auf den Kehlkopf überzugehen. Vielleicht hatte sich dabei, wie es wenigstens in einem Falle zu sein schien, am Larynx zu gleicher Zeit wie am Rachenring der beschriebene reifähnliche Anflug schon gebildet. Fall 2 und 84 bieten exquisite Beispiele.

Der 5jährige Fr. R. erkrankte am 1. Jan. 1883 unter Erbrechen an leichten Halsschmerzen. Auf den Tonsillen fand sich ein punktförmiger, gelbweisser Belag, der sich am Abend in zusammenhängende Pseudomembranen umgewandelt hatte. Weitere Veränderungen, namentlich weitere Vergrösserungen der Membranen traten in den ersten Tagen nicht ein. Am 5. Tage

Mittags wurde der beschriebene reifähnliche Anflug bemerkt am ganzen Rachenring und am freien Rande der Epiglottis, am Spätnachmittage war die sichtbare Rachenpartie mit dicken Membranen bedeckt, und in der folgenden Nacht traten beängstigende Erscheinungen von Diphth. laryng. auf. Die am 7. Tage vorgeschlagene Tracheotomie wurde von den Eltern entschieden abgewiesen; am 9. Tage trat der Tod ein.

(F. 84.) Die 7jährige M. H., deren 2 Brüder vor Kurzem eine mittelschwere Rachendiphtherie überstanden hatten, erkrankte unter Frösteln, Erbrechen, leichten Kopf- und Halsschmerzen am 1. März 1883. Auf beiden Tonsillen fanden sich zusammenhängende Beläge auf hochgeröthetem Grunde. Nachdem sich am folgenden Tage keine Verschlimmerung weder der Lokalaffektion noch des Allgemeinbefindens eingestellt hatte, trat plötzlich am 3. Tage jener Anflug auf dem ganzen weichen Gaumen auf. 24 Stunden später musste wegen drohender Erstickung die Tracheotomie gemacht werden. Der Erfolg war ein günstiger. Am 34. Tage nach Auftritt der Krankheit konnte das Kind als geheilt bezeichnet werden.

Anschwellungen der Submaxillardrüsen fanden sich in allen, auch den leichtesten Fällen von Rachendiphtherie, und zwar stets den resp. der erkrankten Seite entsprechend, auch der Intensität nach. Eine Anschwellung der Drüsen auf der, der erkrankten entgegengesetzten Seite, wie z. B. von *Seiffert* (l. c.) beobachtet worden ist, oder auch eine beiderseitige Drüsenanschwellung bei nur einseitiger Rachenerkrankung und umgekehrt, wurde nicht wahrgenommen. Besonders schmerzhaft waren diese Drüsenanschwellungen nur in wenigen Fällen, besonders in einem, bei dem sich später ein Abscess. submaxill. entwickelte (Fall 102). In den bei Weitem meisten Fällen war die Anschwellung auf Druck empfindlich; in einzelnen Fällen schien sie vollkommen schmerzlos zu sein.

Die von den Patienten angegebenen Schmerzen im Halse und vorzüglich beim Schlucken waren äusserst verschieden, und

es konnten bestimmte Anhaltspunkte für die Grösse des Schmerzes nicht gefunden werden. Während in den meisten Fällen über ein eigenthümliches Stechen und Kratzen geklagt wurde, wurde andererseits der Schmerz als ein heftiges Brennen bezeichnet; und während man bei einigen Kranken, die über gar keine oder nur geringfügige Schmerzen klagten, den Rachenring stark geröthet, angeschwollen und mit dicken Belägen bedeckt fand, fand man bei anderen Patienten, die unausstehliche Schmerzen und durchaus nicht schlucken zu können angaben, nur äusserst geringfügige Rachenerscheinungen. Ein grosser Theil dieser Verschiedenheit in der Grösse der Halsschmerzen muss wohl der individuellen Verschiedenheit für Schmerzempfindung überhaupt zugeschrieben werden. Oedematöse Anschwellungen der Uvula, der Art, dass der ganze Rachenring verlegt wurde, fanden sich mehrmals, ohne dass der Verlauf oder die Schwere des Falles dementsprechend ungünstiger zu sein schien.

Larynxdiphtherie kam im Ganzen in 21 Fällen = 9 % vor, wobei indessen bemerkt werden muss, dass nur die exquisiten Fälle mitgerechnet sind; Fälle, bei denen im Verlauf der Rachendiphtherie z. B. eine leichte, nur kurze Zeit, etwa 1—2 Tage anhaltende Heiserkeit auftrat, sind nicht mit aufgezählt.

Auf die verschiedenen Monate vertheilt sich die Larynx-Diphtherie folgendermassen:

	Diphtherie-Kranke überhaupt	Larynxdiphtherie
Januar	35	3
Februar	41	6
März	18	1
April	25	5
Mai	20	2
Juni	8	1
Juli	16	—
August	4	—
September	9	2
October	23	1
November	15	—
December	24	—

Darnach ergibt sich der grösste Procentsatz der Diphther. laryng. in den Monaten Februar und April, also den verhältnissmässig am meisten feucht-kalten Monaten.

Wenn man nun auch einwenden könnte, dass in diesen Monaten überhaupt viele Diphtherieerkrankungen vorgekommen seien, so gibt doch auch z. B. eine vergleichende Zusammenstellung der ersten und der zweiten 4 Monate der beiden Jahre ein ähnliches Resultat.

In Januar bis April incl. erkrankten von 112 Diphtheriekranken überhaupt

an Larynxdiphtherie 15 = 13 %,

in Mai bis August incl.

von 48 : 3 = 6.25 %.

Von diesen 21 Larynxdiphtherieerkrankungen verliefen tödtlich

11 = 52.4 % (3 mit, 8 ohne Tracheotomie),

10 = 57.6 % (1 mit, 9 ohne Tracheotomie).

Von diesen 21 Fällen ferner waren 19 sekundärer, 2 primärer Natur.

Von den 19 sekundären waren 18 entstanden im direkten Anschluss an Diphther. fauc. croupos., 1 im Anschluss an eine Diphther. fauc. katarrhal., und zwar nachdem letztere schon abgeheilt schien.

(Fall 51.) Fr. P. in W., 12jährig, erkrankte am 19. Febr. 1882 an leichter Rachendiphtherie. 6 Tage später waren die allerdings noch etwas gerötheten und geschwollenen Tonsillen von Belägen frei, das Allgemeinbefinden gut, die Temperatur 37.6. Am 26. Febr. trat plötzlich unter Verschlimmerung des Allgemeinbefindens geringe, stetig zunehmende Heiserkeit und im Anschluss daran in nächster Zeit rauher Husten und Athembeschwerden ein; das Fieber stieg bis 39.8. Durch Inhalationen heisser Wasserdämpfe, Einreiben von Ugt. ciner., Einnehmen von Tart. stib. bildeten sich diese Larynxerscheinungen wieder zurück, so dass am 18. Tage der Erkrankung die Patientin als geheilt angesehen werden konnte.

Wenn nun *Henoch* behauptet, dass die Diphther. laryng. immer sekundär auftrete, so dass man bei primärer, der diphtherischen ähnlichen Larynxaffektion a priori idiopathischen Croup annehmen müsse, so scheinen 2 hier gemachte Beobachtungen dem zu widersprechen.

(Fall 95.) Der 7jährige Fr. Kr. in V. war vor 3—10 Tagen mit an Diphther. fauc. erkrankten Nachbarkindern, deren Krankheit anfangs unerkannt war, in nächste Berührung gekommen. Am 7. April 1882 erkrankte er unter Frösteln und geringen Kopfschmerzen an leichter Heiserkeit. Am Racheneingang konnte nichts Abnormes bemerkt werden. Trotz Inhalat., Tart. stib., Blutegel nahm die Heiserkeit und mit ihr die Dyspnoe langsam zu, und am 3. Tage trat der Tod ein, nachdem die wiederholt und dringend angerathene Tracheotomie von den Eltern abgelehnt war.

(Fall 167.) Am 1. Sept. 1882 erkrankte die 4jährige C. H. mit bemerkbarer Temperaturerhöhung an stetig zunehmender Heiserkeit und rauhem Husten. Am Rachenring konnte nichts Abnormes bemerkt werden. Mit Diphtheriekranken, deren in dem Wohnorte der H. zur Zeit auch keine waren, war die Patientin, soweit ermittelt werden konnte, weder direkt noch indirekt in Contact gekommen. Nachdem bei zunehmender Dyspnoe am 3. Tage die Tracheotomie gemacht und röhrenförmige Membranen entfernt worden waren, bildete sich am 5. Tage Diphther. der Trachealwunde aus, und am 7. Tage erfolgte, nachdem der Process sich in den Bronchien abwärts weiter verbreitet hatte, der tödtliche Ausgang. Bei dem ersten dieser beiden Fälle lässt die wahrscheinliche Infektion, bei dem zweiten die im Verlauf auftretende Wunddiphtherie wohl keinen Zweifel darüber, dass hier primäre Larynxdiphtherie vorlag.

Da beide Patienten starben, so ist der Procentsatz der Mortalität bei primärer Larynxdiphtherie hier

$= 100\,\%$.

Nasendiphtherie kam vor im Ganzen in 6 Fällen

$= 2.2\,\%$.

Davon verliefen tödtlich

4 = 66.6 %.

Absolut ungünstig, wie *Henoch* und *Oertel* meinen, war diese Diphtherie hier also nicht. Primär kam dieselbe vor in 2 Fällen, von denen 1 tödtlich, sekundär in 4 Fällen, von denen 3 tödtlich waren.

Entsprechend den Angaben von *Oertel* pflanzte sich in allen 4 Fällen, soweit beobachtet werden konnte, die Rachendiphtherie nicht an der hinteren Rachenwand in den Nasenraum fort, sondern seitlich und vorn.

Zweimal pflanzte sich, den Symptomen nach, die Diphtherie durch die Tuben auf das Mittelohr fort. Zu einer so starken Entzündung im Mittelohre, wie es in jüngster Zeit mehrmals beschrieben wurde, dass eine Incision des Trommelfelles nöthig gewesen wäre, kam es jedoch nicht.

Primäre diphtherische Lokalaffektionen an anderen als den vorher erwähnten Körpertheilen kamen in den hier beobachteten 236 Fällen nicht vor, speciell z. B. nicht am äusseren Genitalapparat, am Auge u. s. w.

Von den zur Rachendiphtherie hinzugetretenen Complikationen sind verschiedene, wie Larynx-, Nasen- und Ohrdiphtherie schon angeführt worden. Ausserdem kamen noch vor

Pneumonie und Bronchitis,

der Art, dass sich ergaben

	überhaupt	tödtlich	genesen
1) Larynxdiphtherie	21	11	10
2) Nasendiphtherie	6	4	2
3) Ohrdiphtherie	2	—	2
4) Pneumonie	1	—	1
5) Bronchitis	2	1	1
	32	15	16

d. h. 13.5 % der Gesammtzahl der Erkrankten litten an Complicationen, von diesen complizirten Fällen wieder verliefen

50 % tödtlich.

Zu bemerken ist dabei bezüglich der an Bronchitis erkrankt Bezeichneten, dass nur solche Fälle aufgeführt sind, in denen eine gleichzeitige Larynxaffektion nicht bemerkt wurde.

Etwas Eigenthümliches hatte der Pneumoniefall (Fall 44). Die 47jährige M. K. war in der Nacht vom 3. zum 4. Februar unter Schüttelfrost an Pneumon. dextr. post. infer. erkrankt; die Krisis war am 12. Februar im Laufe des Tages eingetreten. Am 13. d. M. klagte die Patientin, die von ihrer, einige Tage von kaum beachteten leichten Halsschmerzen heimgesucht gewesenen Schwester gepflegt wurde, ebenfalls über leichte stechende Halsschmerzen. Die Untersuchung ergab bei der Schwester ausser leichter Röthung der Mandelgegend und -Umgebung nichts Abnormes; bei der K. selbst grauweisse, zusammenhängende Mandelbeläge mit Drüsenanschwellungen. Nach 5 Tagen waren die Beläge geschwunden, als abermals mit Frostanfall eine, wie es schien, erneute Affektion des pulm. post. infer. dextr. eintrat. Die Temperatur stieg bis 33.4, die Pulsfrequenz bis 95. — Vom 6. Tage nach dem 2. Anfall an, nachdem die Temperatur auf 36.6 und die Eulsfrequenz auf 65 gefallen war, trat dauernde Besserung ein. — In diesem Falle war offenbar die Kranke sowohl bei bestehenderPneumonie von Diphtherie befallen worden, als auch wurde sie bei bestehender Diphtherie von neuem von Pneumonie befallen.

Nachkrankheiten traten in 47 Fällen auf:

47 : (236—27 Todesfälle) : 213 = 22 %.

Dabei muss aber bemerkt werden, dass unter Nachkrankheiten auch solche Krankheiten verstanden sind: einmal, die zum Theil noch während des Bestehens der Rachendiphtherie ihren Anfang genommen hatten, wie z. B. Nephritis, Endocarditis, Mandelabscess; dann auch solche, die in unmittelbarem, aber vielleicht nur zufälligen Zusammenhange mit der Diphtherie standen, wie z. B. Scrotalabscess; und endlich auch verschiedene Fälle von Bronchitis, die im Gegensatz zu den bei den Compli-

kationen aufgeführten Fällen erst nach vollständigem Ablauf der Diphtherie zum Ausbruch kamen.

Es kamen vor:

I. Lähmungen:	21;
1) des Gaumens	8,
2) der Unterextremität	1,
3) der Blase	1,
4) der oberen Augenlider	2,
5) Sehstörungen	7,
6) Gehörsstörungen	2;
II. Hysterie	1;
III. Abscesse:	7;
1) der Tonsillen	5,
2) der Submaxillardrüsen	1,
3) des Scrotum	1;
IV. Nephritis	8;
V. Endocarditis	2;
VI. Polyarthritis	1;
VII. Necrose	1;
VIII. Allgemeine Ernährungsstörung	1;
IX. Digestions-Störungen:	2;
1) Erbrechen	1,
2) Diarrhoe	1;
X. Chronische Diphtherie	4.

Unter den Lähmungen, den nach allen Autoren nicht gerade seltenen Nachkrankheiten nach Diphtherie, nehmen, eben falls entsprechend den Angaben aller Autoren, die Lähmungen des weichen Gaumens und die Sehstörungen den ersten Platz ein. Denn nach den Untersuchungen von *Donders* haben ja auch die Sehstörungen ihren letzten Grund in einer Lähmung der inneren, von der kurzen Wurzel des Ciliarknotens versehenen Augenmuskeln. — Ob diese Sehstörungen, wie *Donders* weiter meint, in der überwiegenden Mehrzahl von an Diphtherie Erkrankten nach-

zuweisen sei, konnte bei der grossen Zahl der des Lesens noch unkundigen kleinen Patienten hier nicht mit Sicherheit festgestellt werden.

Auch die Gehörsstörungen, für die ein wahrnehmbarer Grund nicht aufgefunden wurde, sind hier mit angeführt worden, weil sie vielleicht auf ähnlicher Grundlage, wie die Sehstörungen, beruhen. Diese Gehörsstörungen bestanden in einem Falle in einer allgemeinen, etwa 14 Tage dauernden Schwerhörigkeit, in dem anderen Falle in einem Summen und Sausen und dadurch bedingter Schlechthörigkeit auf dem linken Ohre. In beiden Fällen trat die Störung etwa 8 Tage nach Ablauf der Rachendiphtherie auf. Während der Dauer der letzteren waren irgend welche Ohrenschmerzen oder Gehörsstörungen nicht bemerkt worden.

Die angeführte Lähmung der Unterextremität (Fall 235) bestand darin, dass in der zweiten Woche nach Ablauf der Krankheit ein Reissen und Kribbeln verbunden mit hochgradiger Schwäche und Schwerfälligkeit, entsprechend den *Oertel*'schen Angaben, sich einstellte und nach etwa 14 Tagen von selbst wieder verschwand, ebenso wie die Blasenlähmung, die sich bei einem 7jährigen Knaben durch nächtliches Bettnässen dokumentirte, ein Leiden, das bei dem Knaben weder vorher noch auch nachher wieder beobachtet wurde.

Was die beiden Ptosisfälle betrifft (Fall 147 und 152), so hatten die beiden erwachsenen Kranken ihr ziemlich geringfügiges, aber doch immerhin bemerkbares Leiden, das beidemal einseitig auftrat, zuerst selbst vor dem Spiegel bemerkt. Nach etwa 14tägigem Bestehen war es wieder verschwunden. — Dr. *Haertel* (B. kl. W. 30. 83. S. 456 ff.) erwähnt etwas Aehnliches.

Der unter „Hysterie“ angegebene Fall wurde bei der 38jährigen, verehelichten Fr. Schl. beobachtet. Diese Frau hatte früher schon vielfach ihre Neigung zur Hysterie bei geringfügigen Veranlassungen gezeigt. Nach Abheilung der am 23. Sept. 1882 ausgebrochenen Rachendiphtherie traten die hysterischen

Beschwerden, die oft unter dem Bilde eines Schüttelfrostes einsetzten, unter mannichfachen Erscheinungen nachdrücklich in Scene. Wie lange sie noch angehalten haben, können wir nicht angeben.

Ueber die Abscesse ist nichts Weiteres zu bemerken, als dass sie sich im unmittelbaren Anschluss an Diphtherie entwickelten, incidirt wurden und dann rasch ausheilten. Ob der Scrotalabscess etwas Zufälliges war oder nicht, können wir nicht entscheiden.

Auffallend ist die grosse Zahl von vorgekommenen Nephritisfällen. Wenn ja auch *Klebs, Orth, Oertel, Henoch* und viele Andere, gestützt sowohl auf pathologisch-anatomische als klinische Beobachtungen und Untersuchungen, die Nierenaffection als etwas sehr Häufiges, fast Konstantes bei Diphtherie bezeichnen, und wenn darauf hin z. B. in der jüngsten Berliner Polizeiverordnung Zwecks Verhütung der Ausbreitung der Diphtherie die sorgfältigste Desinfektion des von den Kranken gelassenen Urins angeordnet ist: so finden sich doch im Vergleich dazu, nach Angaben eben jener Autoren, wenig ausgebildete schwere Nephritiden. — Man kann nichts anders annehmen, als dass der Grund zu der hier verhältnissmässig grossen Zahl von Nephritiden in dem Charakter der Epidemie zu suchen sei, zumal 5 dieser Fälle in demselben Dorfe in kurzer Zwischenzeit und 2 tödtlich verlaufene sogar 2 Brüder betrafen, die an demselben Tage erkrankten.

Der Verlauf dieser Fälle war ziemlich conform, z. B. der 10jährige L. D. i. K. erkrankte am 13. Jan. 1882 an Diphther. fauc., die am 26. verschwunden war. Am 29. d. M. trat Oedem. faciei, am folgenden Tage der Hände und Unterschenkel auf; der Urin war spärlich, albuminös, an Uraten reich. Am 2. Febr. trat der Tod ein, nachdem die hydropischen Erscheinungen zugenommen hatten.

Der Eintritt der Nephritis erfolgte durchschnittlich am 3. Tage nach Ablauf der Lokalaffektion. *Henoch* (Vorles. etc.) erwähnt einen Fall, bei dem erst am 17. Tage nach Ablauf der Lokalaffektion Nephritis sich einstellte.

Die Endocarditis dokumentirte sich dadurch, dass in 2 Fällen an der Herzspitze systolische Geräusche gehört wurden, die nach Verlauf von 2, resp. 10 Tagen wieder verschwunden waren. Die Polyarthritis kam bei dem 18jährigen W. S. in R. vor. Aehnlich wie bei den in jüngster Zeit in der Cadettenanstalt in Plöhn (B. klin. W. 45. 82) beobachteten Fällen trat auch bei diesem Patienten in der ersten Woche nach Ablauf der Rachendiphtherie eine der Polyarthritis rheumat. ähnliche schmerzhafte Affektion beider Knie- und des linken Fussgelenkes auf. Nach Verlauf von etwa 8 Tagen trat Heilung ein.

Bei einem anderen Kranken (Fall 53), der 27jährigen verehelichten L. W. in M. bildete sich in der ersten Woche nach Ablauf der Rachendiphtherie eine schmerzhafte Affektion in der Gegend von Gelenken aus, und zwar des linken Ellbogens und des linken Metatarso-Digital-Gelenkes digit. V. Die anfangs die ganze Gelenk-Gegend betreffenden Schmerzen fixirten sich aber bald auf je einen Punkt, an dem sich nach 3 Monaten etwa Abscesse bildeten, auf deren Grunde man nach der Incision nekrotische Partien der darunter liegenden Knochen fand. Diese Partien wurden mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, und es trat dann dauernde Heilung ein.

Weiter wurden im Anschluss an überstandene Rachendiphtherie Ernährungsstörungen verschiedener Art beobachtet.

Zunächst bei einem 1½jährigen, schwach gebauten und schlecht ernährten Kinde (Fall 128) stellte sich, nachdem eine Rachendiphtherie mittlerer Schwere erst nach 15tägigem Bestehen vollständig ausgeheilt war, allgemeiner Verfall ein, der über ¼ Jahr anhielt, dann aber bei entsprechender Ernährung und Pflege schwand.

Ferner traten im Anschluss an einer, nach 5 Tagen abgeheilten Rachendiphtherie bei dem 18jährigen, kräftig gebauten W. B. in D (Fall 156) profuse Diarrhoen auf, die den Patienten sehr schwächten, mehrere Wochen anhielten und schliesslich beim Gebrauche von Argen. nitr. aufhörten.

Endlich stellte sich bei dem 5jährigen O. N. in D. (F. 138) nach Ablauf der diphther. Lokalprocesses, 14 Tage hindurch, oftmaliges Erbrechen von gallig-schleimigen Massen ein. Einige Tropfen Tinct. Opii in schleimigem Vehikel gegeben, stillten es endlich. Schliesslich mögen noch als Nachkrankeiten 4 Fälle von sogenannter „chronischer Diphtherie“ angeführt werden. *Kalb* (B. klin. Woch. 50. 82. S. 735 u. ff.) gibt an, bemerkt zu haben, dass bei Personen, die an konstitutionellen Krankheiten oder an Disposition zu solchen litten, nach akuter Diphtherie, die die oberen Rachenpartien befallen oder sich dorthin ausbreitete, sich leicht chronische exulcerirende Diphtherie ausbilde.

Derartige chronische, nach akuter Diphtherie auftretende, schlecht heilende Ulcera der seitlichen und hinteren oberen Rachenpartie wurde 4mal beobachtet: 2mal bei an Tuberculose leidenden Personen, der 12jährigen S. D. (F. 109) und der 43jährigen M. Bl. (F. 184); aber auch 2mal bei Personen, die beide weder an konstitutionellen Krankheiten litten, noch ihrem körperlichen Zustande und ihrem Familiengesundheitszustande nach, Disposition dazu zu haben schienen, nämlich bei der 13jährigen S. Cr. (F. 129) und der 54jährigen K. B. (F. 88). Merkwürdiger Weise betrafen alle 4 Fälle Personen weiblichen Geschlechtes.

Die Dauer der Erkrankung an Diphtherie betrug in denjenigen Fällen. die nicht durch Complikationen oder Nachkrankheiten modificirt wurden, durchschnittlich 8 Tage; die Dauer der katarrhalischen Form betrug durchschnittlich 4 Tage, die der croupösen Form 10 Tage.

Henoch gibt als Durchschnittsdauer der ersten Form 2—8 Tage, der zweiten Form 14—28 Tage an, *Oertel* eine Gesammtdurchschnittsdauer von 3—4—14 Tagen.

„Die Schilderung der Therapie der Diphtherie“ sagt *Seitz*, „ist eine undankbare Sache; ein Verfahren, das mit einer gewissen Einhelligkeit empfohlen wurde, gibt es bis jetzt nicht.“

Die Anpreisungen von Verfahren sind allerdings zahllos, Ebenso so zahllos, wie die empfohlenen Mittel, die mehr oder weniger specifisch wirken sollen, sind aber auch die Misserfolge. Dadurch ist es augenblicklich fast so weit gekommen, dass Einer in Misskredit zu kommen glaubt, wenn er ein neues Heilmittel gegen Diphtherie oder ein altes Mittel aufs neue empfehlen zu müssen glaubt.

„Ich erkläre aber aufs ausdrücklichste", oder „ich protestire hiemit energisch dagegen" oder wie *Rossbach* sagt „ich verwahre mich hiemit aufs feierlichste dagegen" sind Ausdrücke, die man täglich lesen kann als Einleitung, an die dann ungefähr Folgendes sich anschliesst: „ein Specificum mit meinem Mittel oder meiner Methode empfehlen zu wollen; aber gut ist's doch! Ich kann es den Herrn Kollegen nicht dringend genug zur Probe empfehlen! Mortalität = $0^0/_0$, wie nachstehende (6 oder 12 oder allenfalls 24) Krankengeschichten aufs deutlichste darthun."

So hat es in jüngster Zeit mit dem von *Graham* und *Klebs* eingeführten „bakterienmordenden" Natr. benzoic. gegangen, das in *Letzerich* einen so warmen Befürworter fand, und das ein ebenso grosses Fiasko gemacht hat, als es mit Zuversicht angepriesen wurde; so hat es mit dem ganzen Benzolgeschlechte gegangen, aus dem man absolut den bakterienbändigenden Erlöser hervorgehen lassen wollte; so hat es ferner gegangen mit Jodoform und Terpenthin, mit Quecksilbercyanat und Pilocarpin, mit Papayotin und Chinolin, und noch manchen andern auf in und nicht in endigenden Mitteln. Der Erfolg ist bei längerem Gebrauche immer derselbe: leichtere Fälle heilen, wie *Henoch* sagt, von selbst, schwere trotzen allen Mitteln.

Unter diesen Umständen konnte von einer im Allgemeinen einheitlichen Therapie auch in unsern Fällen keine Rede sein.

Abgesehen von der durch den Allgemeinzustand bedingten allgemeinen wurde in allen Fällen auch eine lokale Therapie eingeleitet.

Auf dem jüngsten Wiesbadener Congress des Vereins für innere Medicin ist ja auch die Berechtigung einer lokalen Therapie durchweg anerkannt und betont worden.

Dementsprechend kam also, zunächst bei der Rachendiphtherie, Alles darauf an, die Beläge frühzeitig und dauernd zu entfernen, ohne gleichzeitig dem, wie *Ed. Lewy* (Mittheil. des Vereins der Aerzte Nieder-Oestr. II. 24. p. 323) meint, vorzüglich in den Sekreten der Mundhöhle vorhandenen Infektionskeimen neue Thore zur Einwanderung in den Organismus zu öffnen.

Alle Abkratzungen und Aetzungen der Pseudomembranen wurden deshalb von vornherein unterlassen wegen der dabei kaum zu vermeidenden Continuitätstrennungen der Schleimhaut.

Nach den Beobachtungen und Versuchen von *Oertel* (l. s.), mit denen die von *Rindfleisch* (l. s.) und andern übereinstimmen, werden, wenn Naturheilung eintritt, die Membranen und Micrococcen dadurch entfernt, dass sich einestheils unter ihnen ein Eiterphalanx bildet, die ihrem Vordringen sich entgegensetzt und schliesslich ihre Abstossung bewirkt, und dass anderntheils das in den bedeckten Schleimdrüsen angesammelte Sekret eine Unterminirung und schliessliche Loslösung und Abstossung der bedeckenden Membranen hervorbringt.

In den von *Oertel* empfohlenen Heisswasserdampfinhalationen scheinen wir ein Mittel zu besitzen, um die erste Art, und in dem von *Guttmann* empfohlenen Pilocarpin ein anderes Mittel um die zweite Art der Naturheilung bei Diphther. pharyng. zu unterstützen.

Denn wenn Pilocarpin günstige Wirkungen durch die Vermehrung der Sekrete der Mundhöhle haben soll, so kann die von *Guttmann* als das Wesentliche bezeichnete Speichelvermehrung doch nur den Zweck haben, die in der Mundflüssigkeit vorhandenen Infektionsstoffe mit dem Speichel aus dem Munde herauslaufen zu lassen; die Hauptwirkung ist jedenfalls in der Vermehrung des Sekretes der Schleimdrüsen, besonders der in den Gebilden des Rachenringes befindlichen zu suchen. Ob aber

Pilocarpin wirklich eine Anregung auf alle drüsigen Gebilde der Mundhöhle ausübt, darüber können wir nichts angeben; in den Bronchien soll bekanntlich bei Pilocarpingebrauch eine grössere Schleimabsonderung bemerkbar sein.

Dass übrigens Pilocarpin in manchen Fällen durchaus unwirksam ist, ebenso wie die *Oertel*'schen Inhalationen, darüber liegen nicht nur zahlreiche anderweitige Erfahrungen vor, das haben auch wir leider mehr als zur Genüge erfahren müssen. Herausgehoben mögen nur die Fälle 99, 100 und 101 werden. Drei Geschwister N. im Alter von 2, 6 resp. 7 Jahren erkrankten am 23., resp. 24. April 1882 an Rachendiphtherie, kamen sofort in Behandlung, wurden alle mit *Oertel*'schen Inhalationen und Pilocarpin genau nach Vorschrift behandelt und starben alle 3 am 3. Tage an Allgemeininfektion, nachdem sich der diphtherische Prozess trotz reichlichen Speichelausflusses über den ganzen Rachenring ausgebreitet hatte.

Das von *Seiffert* (B. Kl. W. 2. 22. 23. 24. 82 u. 36. u. 37. 83) empfohlene Chinol. pur. wurde ebenfalls und wird auch noch hier angewendet. Es hat, wie *Seiffert* wiederholt hervorhebt, jedenfalls das Gute, bei wiederholtem Gebrauche die stechenden Schmerzen zu beseitigen, vielleicht nur zu verdecken, indem es an Stelle des Stechens ein bitteres Brennen setzt. Todesfälle sind bei seinem Gebrauche aber leider ebenso vorgekommen, wie bei anderer Behandlung, So z. B., wenn ein Fall angeführt werden soll, kam die am 19. IV. 83 an Rachendiphtherie erkrankte 4jährige M. S. noch an demselben Tage in Behandlung und wurde, unter sorgfältiger Vermeidung auch noch so geringfügiger Schleimhautverletzung, mit in Chinol. getränkten Wattepfropfen 10—12 mal im Tage, viel öfters also, als *Seiffert* selbst für nöthig hält, an den erkrankten Rachentheilen betupft, und doch breitete sich die Erkrankung rapid auf den Larynx aus, und trat nach wenigen Tagen der Tod ein.

Ein Abfallen der Membranen in 24—36 Stunden aber, wie *Seiffert* es beobachtete, kam hier in keinem Falle vor.

Wie angegeben, war also, um es zu wiederholen, die Therapie bei Rachendiphtherie in letzter Zeit gewöhnlich folgende: Inhalation von heissen Wasserdämpfen mit ½ bis 1stündlichen Intervallen, innerlich Pilocarpin nach *Guttmann*. Pinselungen resp. Betupfen mit Chinol. pur. nach *Seiffert*, nur öfters als von *Seiffert* angegeben, gewöhnlich 3stündlich.

Bei eingetretener Larynxdiptherie konnte das von *Rossbach* empfohlene Papayotin (B. Ml. W. 10. 82 S. 131 u. ff.) nicht beschafft und also auch nicht versucht werden.

Es wurde neben Inhalation und Pilocarpingebrauch, auf *Henoch*'s Rath, Ungt. ciner. eingerieben, Blutegel gesetzt, Tart. stibiat. innerlich resp. Apromorphin. muriat. subkutan bis zum Erbrechen angewendet und, als ultimum refugium, tracheotomirt.

Von 12 vorgeschlagenen Tracheotomien konnten, äusserer Umstände halber, nur 4 ausgeführt werden, wie oben schon angegeben ist, von denen 1 glücklich ablief. Der Tod nach der Tracheotomie trat 2 mal am 3. 1 mal am 4. Tage ein, und zwar immer, nachdem sich die Erkrankung des Larynx und der Trachea in den Bronchien abwärts weiter verbreitet hatte, und nachdem sich eine Menge Sekret in der Trachea vor der Canülenmündung angesammelt hatte und dort angetrocknet war.

Der von *König* (Lehrb. d. Chirurg. etc. I. Bd. p. 575) gegebene Rath, diese gelblichen, äusserst klebrigen und fest an der Trachealwand haftenden Massen mit dem Einführen und Umdrehen eines elastischen Katheters zu lösen und so heraus zu befördern, kann wohl eine Zeit lang und bis zu einer gewissen Tiefe der Trachea ausgeführt werden, dann aber lässt dieses Verfahren im Stiche. — Die einzige Möglichkeit, der von dieser Seite drohenden Gefahr zu entgehen, scheint, der hier gemachten Beobachtung nach, in der permanenten Inhalation heisser Wasserdämpfe durch die Canüle gegeben zu sein. — Den experimentellen Beweis dafür, dass unter permanenten Inhalationen die abgesonderten Massen nicht so klebrig und anhaftend werden, hat man darin, dass unter diesen Umständen die

innere Canüle niemals mit der äusseren verklebt, was sonst nicht selten der Fall war. In dem hier günstig verlaufenen Falle wurde durch gewöhnliche, tragbare Inhalationsapparate, deren allerdings mehrere vorhanden sein mussten, fortwährend, Tag und Nacht, heisser Wasserdampf durch einen Lampencylinder direkt auf die Canülenöffnung geleitet. Dabei wurde die Bildung der bekannten pechartigen, äusserst zähen, gelb-bräunlichen Krusten gar nicht bemerkt, und auch die 4 mal sich von neuem bildenden röhrenförmigen Membranen wurden leicht, nach herausgenommener Canüle, expektorirt.

Bei Nasendiphtherie wurden, natürlich unter besonderer Berücksichtigung des Allgemeinbefinden, Ausspritzungen mit $2^1/_2{}^0/_0$ Carbollösung vorgenommen, ohne nennenswerthen Erfolg.

Von den Nachkrankheiten wurden die Lähmungen, mit Rücksicht auf die Angaben von *Oertel*, dass ihr letzter Grund wahrscheinlich in zeitweiliger Bindegewebs-Hyperplasie der Nervenscheiden und Nervenstützsubstanz zu suchen sei, sich selbst überlassen und heilten auch von selbst.

Was endlich die Prophylaxe bei Diphtherie betrifft, für welche in jüngster Zeit *Henoch* (Ueber prophylactische Massnahmen bei Scharlach und Diphtherie) die Hülfe des Staates zum Zwecke der frühzeitigen Schulschliessung so dringend in Anspruch genommen hat, da auf andere Weise dem Umsichgreifen der Diphtherie nicht genügend vorgebeugt werden könne, denn:

ein genügendes Isoliren der Kranken sei nicht durchführbar,
eine blosse polizeiliche Anmeldung ohne Folgen,
ein gründliches Desinfektionsverfahren nicht bekannt,
und wenn eine Schliessung der Schulen angeordnet würde,
so sei es in der Regel zu spät:

so konnte in den hiesigen Dörfern auch nichts weiter geschehen, als was von *Henoch* als nicht genügend bezeichnet wird.

Die polizeiliche Anmeldung bestand und besteht hier auch, hat aber bis jetzt keine weiteren bemerkbaren Folgen gehabt, als dass auf Grund der wöchentlich bekannt gegebenen statis-

stischen Uebersicht „wenig kollegialisch gesinnte Kollegen“ bei vorgekommenen Todesfällen die Therapie des gerade behandelnden Arztes öffentlich bemängelten.

Die Schliessung der Schule wurde auch einmal angeordnet, als das Kind des im Schulgebäude wohnenden Lehrers an Diphtherie erkrankte und starb. Das gestorbene Kind war dann aber während der ausgefallenen Schultage im Schulzimmer aufgebahrt worden!

Und was zum Schluss die hie und da vorgenommenen desinficirenden Uebergiessungen und Räucherungen anbetrifft, so macht sich wohl mit Recht *Wernich* (B. Kl. W. N. 5. 80) darüber lustig, indem er sagt: ob man sich vielleicht vorstellen solle, der angesäuerte Chlorkalk steige in die Luft uud nehme dort mit den Bakterien einen Kampf auf Leben und Tod auf?

Trotz der Mangelhaftigkeit unserer jetzigen prophylactischen Massregeln sind dieselben aber doch hier angewandt worden und werden auch weiter angewendet werden, bis bessere an ihre Stelle treten werden. Besonders wurde und wird auf allseitige gründliche Reinigung aller Räume und Gegenstände gedrungen, in denen Diphtheriekranke längere Zeit sich aufgehalten hatten. resp. mit denen sie in längerer unmittelbarer Berührung gewesen waren.

Verzeichniss

der benützten Werke, Abhandlungen, Zeitschriften u. s. w.

1) *Becker*, Complic. d. Diphth. etc. B. Klin. Wach. 1880. Nr. 30. 31.
2) *Wernich*, Ueber Bacterientödtung ibid. Nr. 5. 1880.
3) *Gontermann*, Kalkpraepar. b. Diphth. ibid. 1880. Nr. 43.
4) *Bosse*, Terpentinöl b. Diphth. ibid.
5) *Boldt*, Therap. b. Diphth. ibid. 1883. Nr. 38.
6) *Seiffert*, Chinol. b. Diphth. ibid. 1882. Nr. 22. 23. 24. 1883. Nr. 36. 37.
7) *Henschel*, Ueber Funktionsstörungen b. Diphth. ibid. 1883. Nr. 30.
8) *Henoch*, Ueber Prophylaxe b. Scharlach u. Diphtherie ibid. 1833. Nr. 44.
9) *A. Cohn*, Besonderer Fall von Atroph. nach Diphth. ibid. 1883. Nr. 1.
10) *Walb*, chronische Diphtherie etc. ibid. 1882. Nr. 50.
11) *Küster*, Diphther. u. Kal. chlor. Vergift. ibid. 1881. Nr. 15. 16.
12) *Konr. Küster*, Aerztliche Plaudereien ibid. 1881. Nr. 27.
13) *Guttmann*, Pilocarpin b. Diphther. ibid. 1880. Nr. 40. 1881. Nr. 14.
14) *Rossbach*, Papayotin, ein neues Lösungsmittel etc. ibid. 1881. Nr. 10.
15) *Jackubasch*, Therapie b. Diphth. ibid. 1881. Nr. 22.
16) *Friedländer*, 94 Autopsien b. Diphther. ibid. 1882. Nr. 9.
17) *Henoch*, Differentialdiagnose zwischen Diphth. etc. ibid. 1882. Nr. 40.
18) *Annuschat*, hydrarg. cyanat. b. Diphth. ibid. 1880. Nr. 43.
19) *Förster*, Bericht über das Dresdener Kinderspital etc. Archiv für Kinderheilkunde. 4. 5. Heft.
20) *Krieger*, Ueber Disposition z. Katarrh., Diphtherie u. Croup. Strassb. 1877.
21) *Letzerich*, Natr. benz. b. Diphther. Allgem. medic. Zeitschr. XL. VIII. 75. 1873.
22) *Marchand*, Ueber Intoxicat. durch chlorsaur. Salze etc. Virchow's Archiv 77. 3. p. 456.
23) *Rindfleisch*, Lehrbuch der patholog. Gewebelehre. Seite 303 u. ff.
24) *Seitz-Niemeyer*, Lehrb. d. spec. Pathol. u. Therap. 10. Aufl. p. 701 u. ff.
25) *Henoch*, Vorles. über Kinderkrankh. p. 614 u, ff.
26) *Demme*, Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitals etc. Bern. 1881.
27) *Oertel*, Diphth. (Ziems. Handb. d. spec. Path. u. Therap. II. 1. p. 562 u. ff.).
28) *E. Lewy*, Mittheil. über Diphth. (Mitth. d. Ver. d. Aerzte Nieder-Oesterr. II. 24. p. 323).
29) *Senator*, Diphth. (Volkmann's Sammlung klin. Vortr. Nr. 28.)
30) *Wagner*. Diphth. u. croup. Erkrank. d. Rach. (Ziems. Handb. d. speciell. Path. u. Ther. VII. 2.)

31) *J. R. Black*, Diphth. und konstitutionelle Krankh. Schmidt's Jahrb. 1882. N. 12. p. 282.

32) *Orth*, Pathol. anatom. Diagn. p. 174.

33) *König*, Lehrbuch der Chirurg. I. p. 579 u. ff.

34) *Virchow*, öffentl. Medic. und Seuchenlehre. I. p. 496 u. ff.

35) *Ewald*, Diphth. (Eulenberg, öffentl. Gesundheitslehre. I. p. 570—75).

36) *Wernich*, Entwickl. der organis. Krankheitsgifte, nebst offen. Brief an Klebs. Berl. 1880.

37) *Kormann*, Bericht über die Behandl. der Diphtherie während der letzten 8 Jahre. Schmidt's Jahrb. 1882. Nr. 12.

38) *C. Rauchfuss*, Diphther. etc. (Gerhardt's Handb. d. Kinderkrankh. III. 2. p. 207 u. ff.)

39) *A. Jacobi*, Diphth. ibid. IX. p. 675 u. ff.